

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MALTHÊTE

(RENÉ)

Né le 1^{er} Juillet 1908, à Chalonnes-sur-Loire (M.-&-L.)

**A propos
de l'avenir éloigné
des Tuberculeux
pulmonaires inscrits
au dispensaire du V^e arr^t
de Paris**

Président : M. CLERC, Professeur.

LA TECHNIQUE DU LIVRE
29 bis, rue du Moulin-Vert -- PARIS (14^e)
Juin 1939

LE DOYEN..... T I F F E N E A U.

I. — PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LA ASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Cliniq. des malad. mental. et des malad. de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique.....	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique de cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance Médico-sociale	
Professeurs sans chaire	

A propos de l'avenir éloigné
des Tuberculeux pulmonaires
inscrits au dispensaire du V^e arr^t
de Paris



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Docteur René MALTHÊTE

de la Faculté de Médecine de Paris

**A propos
de l'avenir éloigné
des Tuberculeux
pulmonaires inscrits
au dispensaire du V^e arr^t
de Paris**

LA TECHNIQUE DU LIVRE

29 bis, Rue du Moulin-Vert -:- PARIS (XIV^e)

Juin 1939



A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Dont la présence m'est toujours sensible
par le souvenir de la tendresse dont elle
m'entourait.

A LA MEMOIRE DE MES ONCLES

qui me prodiguèrent leur affection.

A LA MEMOIRE DU PERE ET DE LA MERE SUBILEAU

mes parents nourriciers

A MON PERE

Avec ma grande affection j'offre ce travail, fruit d'une longue paresse, en le remerciant de m'avoir donné la chance d'avoir pu me soigner, et de ne pas m'avoir fait oublier la réalité des facteurs économiques.

A MA FAMILLE

A MAURICE SONNARD

Mon ami.

A TOUS MES CAMARADES ET AMIS

A NOS MAITRES ET A NOS AMIS
DE L'HOPITAL DE SAINT-NAZAIRE

Qu'ils reçoivent ici toute notre reconnaissance. C'est avec une émotion sincère que nous nous rappelons leurs conseils et que nous nous souvenons de nos années d'internat.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES DE PARIS

A Monsieur le Professeur LÉON BERARD

Qui voulut bien nous accepter dans l'établissement sanatorial qu'il a créé et qu'il dirige avec une autorité et une compétence qu'il nous permettra d'admirer.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL HELIO-MARIN
INTERDEPARTEMENTAL D'HYERES

Monsieur le Docteur L. BERARD
Directeur

Qui nous accueillit avec tant d'amitié et qui voulut bien nous prodiguer son enseignement.

Monsieur le Docteur ARMANET

Monsieur le Docteur IMBERT

Que nous remercions ici de nous avoir fait profiter de leur expérience.

A Monsieur le Docteur DUPUY DE FRENELLE
Ancien Président de la Société de Médecine de Paris
Président de la Société de chirurgie de Paris

Qui veut bien nous accorder une amitié qui nous est chère.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A L'ECOLE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE NANTES

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A Monsieur le Professeur A. CLERC

Qui nous a fait le très grand honneur
de bien vouloir présider notre thèse.

PREFACE

Nous devons, avant de développer le sujet de cette étude, exprimer notre gratitude à tous ceux qui nous ont aidé et, particulièrement, au Dr J. GODARD, avec lequel nous avons, dans le même esprit d'équipe, travaillé au Service des Cures et Repos de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise. Qu'il veuille bien accepter ici, tous nos remerciements pour nous avoir fait comprendre les rouages de cette grande machine administrative, et nous avoir initié aux différentes étapes, hélas! bien nombreuses, par où doit passer le malade avant d'être admis en Sanatorium. Nous lui savons gré, également, lorsqu'il fut médecin inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine et, depuis qu'il occupe un poste de technicien au ministère du Travail, d'avoir su éveiller en nous un goût profond pour tous les problèmes de médecine sociale en général, et pour celui de la lutte antituberculeuse, en particulier.

Nous remercions aussi, tout particulièrement, M. SEGUY, directeur de l'O. P. H. S., qui a bien voulu nous autoriser à travailler dans un des dispensaires qu'il administre. Nous exprimons également nos remerciements à M. le docteur JANIN, médecin chef du Dispensaire du V^e arrondissement, qui nous accueillit si aimablement dans son service, et qui mit à notre disposition les renseignements de son fichier, que nous pûmes utilement consulter avec l'aide si précieuse et si éclairée de Mme GIANVITI, son infirmière-chef, et de tout le personnel du dispensaire.

Nous ne saurions oublier la respectueuse sympathie que nous éprouvâmes pour le docteur RADENAC, en travaillant à ses côtés, à la Caisse interdépartementale d'Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, où son directeur, M. Marcel MARTIN, nous permit de découvrir des horizons médicaux vraiment nouveaux, et d'apprécier dans ses initiatives les immenses possibilités de la médecine au service de la Société.

Notre gratitude va enfin à tous ceux qui nous donnèrent

les renseignements sur différents organismes de la lutte anti-tuberculeuse et les documents qui nous ont permis de mener à bien ce travail :

à M. Marcel MOINE, statisticien du Comité national de défense contre la tuberculose;

à M. le professeur HERSCH, de l'Université de Genève;

à M. le directeur du Service de la statistique du département de la Seine;

à M. le docteur THIBAUT, médecin directeur du Sanatorium du clergé à Thorenc;

à M. le docteur STIASSNIE, médecin directeur du Sanatorium Michelin, à Chanat-la-Mouteyre;

à M. le docteur J. de LAGUERENNE, médecin directeur du Sanatorium des cheminots de Champrosay;

à M. le docteur C. BERTHELON, médecin directeur du Sanatorium des instituteurs à Sainte-Feyre;

à M. le médecin directeur du Sanatorium de Dreux;

à M. Jack SENET, président général de l'Amicale des P. T. T.;

aux ingénieurs de la Compagnie générale des eaux.

Je ne voudrais pas présenter ce travail sans avoir, au préalable, accompli deux devoirs :

Le premier me sera bien agréable : n'est-il pas d'exprimer toute ma reconnaissance à M. Ch. GOHIER, directeur de la Caisse d'Assurances Sociales « Le Travail » et à M. GRIMALD, directeur de l'Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne, pour l'aide affectueuse et l'amitié qu'ils m'ont témoignées.

Le second évoquera pour moi, au terme de mes études, une tradition qui n'a jamais cessé d'être en honneur à la Faculté de médecine de Montpellier : la coutume, pour le candidat qui soutient une thèse, de prêter le serment d'Hippocrate. Si nous obéissons aujourd'hui à ce rite, peut-être un peu désuet dans la forme, c'est parce que nous sommes convaincus de la force des anciennes disciplines. La médecine sociale de demain n'acceptera sans doute pas les mêmes règles que la médecine de nos maîtres, elle restera cependant fidèle à l'esprit qui les animait, quand ils se penchaient sur la misère, la maladie et la mort.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je jure, par Apollon médecin, par Asclepios, Hygie et Panacée, et je prends à témoin tous les dieux, toutes les déesses, d'accomplir, selon mon pouvoir et ma raison, le serment dont ceci est le texte : d'estimer à l'égal de mes parents celui qui m'a enseigné cet art, de faire vie commune et, s'il est besoin, de partager mes biens avec lui; de tenir ses enfants comme mes propres frères, de leur enseigner cet art, s'ils ont besoin de l'apprendre, sans salaire ni promesse écrite; de faire participer aux préceptes, aux leçons et à tout le reste de l'enseignement, mes fils, ceux du maître qui m'a instruit, les disciples, inscrits et engagés selon les règlements de la profession, mais ceux-là seulement. J'appliquerai les régimes pour le bien des malades, selon mon pouvoir et mon jugement, jamais pour faire tort ou mal à personne. Je ne donnerai à personne pour lui complaire, un médicament mortel, ni un conseil qui l'induisse à sa perte. De même, je ne donnerai pas à la femme de remèdes capables de tuer son fruit, mais j'emploierai constamment ma vie, jusqu'à la vieillesse, à garder la femme pure de cette faute. Je ne taillerai pas moi-même ceux qui souffrent de la pierre, mais j'en ferai présent aux Maîtres experts en cet art, en les leur confiant. Dans quelque maison que ce soit où j'entre, j'entrerai pour le salut du malade, fuyant, au plus loin, tout soupçon de malfaisance et de corruption : et cela, qu'il s'agisse des femmes ou des hommes, des enfants ou des serviteurs. Ce que, dans l'exercice ou en dehors de l'exercice, et dans le commerce de la vie, j'aurai vu ou entendu qu'il ne faille pas répandre, je le tiendrai en tout pour un secret. Si j'accomplis ce serment avec fidélité, qu'il m'arrive de jouir de ma vie et de mon art en bonne réputation parmi les hommes et pour toujours; si je m'en écarte et l'enfreins, qu'il m'arrive le contraire.

INTRODUCTION

Nous avons été amené à cette étude par l'attrait que présente pour nous tout problème de médecine sociale. Sans nous faire aucune illusion sur la valeur de ce travail, nous avons pensé qu'il n'était peut-être pas inutile de montrer, en décrivant l'activité d'un dispensaire antituberculeux d'un arrondissement de Paris, les résultats obtenus dans la lutte contre cette maladie sociale si importante, et surtout ce qu'il reste à faire pour demeurer définitivement vainqueurs dans un combat depuis peu commencé dans notre pays. Les résultats, nous verrons ce qu'ils sont ! Nous nous rendrons compte du chemin qu'il nous reste à parcourir pour commencer à être satisfaits. Les chiffres que nous donnerons n'auront de valeur que dans la mesure où l'on voudra bien les considérer comme un moyen d'exprimer ce que le sens averti d'un médecin praticien a déjà perçu : ils seront notre seule expérience. On a beaucoup médité des études statistiques ; ce sont pourtant elles qui permettent de substituer des mesures quantitatives aux impressions de qualité et déterminent, avec plus ou moins de précision, des rapports constants et font découvrir des lois.

Comme l'a écrit M. MARCH, on ne peut guère être assuré de la constance d'une relation que si l'on est maître de faire varier d'aussi peu qu'on le veut, les circonstances du phénomène dont elle dérive ; c'est pourquoi l'on possède, au moins, deux méthodes de recherches, selon qu'on est maître ou qu'on n'est pas maître des circonstances principales qui accompagnent les faits :

- La méthode expérimentale.
- La méthode statistique.

Il est bien évident que, pour apprécier certains phénomènes médico-sociaux, on ne peut appliquer la méthode expérimentale parce qu'on ne peut régler les circonstances essentielles de l'observation : on n'est pas expérimentateur mais observateur, et encore cet observateur examine-t-il ces phénomènes dans des conditions particulièrement délicates, car

s'il est spectateur, il se trouve aussi sur la scène. L'objectivité de l'observation est un idéal qu'on n'atteint jamais; il ne nous paraît pas malhonnête d'avouer que l'on subit, sans en avoir conscience peut-être, l'influence du milieu dans lequel on vit. Cela nous permettra de demander et, sans doute, d'obtenir l'indulgence de la contradiction.

Après avoir indiqué qu'elles sont les préoccupations actuelles de la lutte anti-tuberculeuse et brossé dans ses grandes lignes le tableau de son organisation, nous en ferons la critique générale, en montrant succinctement les causes de son imperfection, réservant pour le dernier chapitre de cette étude les quelques idées que nous avons sur l'avenir de cette lutte.

Pour bien situer le champ de nos observations, il nous a paru indispensable de décrire l'arrondissement dans lequel vivaient nos tuberculeux; nous donnerons, après une brève évocation du passé, quelques renseignements d'ordre démographique, quelques chiffres précisant le degré d'hygiène du milieu et « situant » notre enquête.

Puis après avoir ainsi décrit les lieux et les habitants, nous livrerons les documents qui furent en notre possession et qui nous montrèrent l'activité du Dispensaire du V^e arrondissement : nombre de consultants, nombre des nouveaux diagnostiqués, des séances de consultation, des visites à domicile. Nous verrons comment varie ce que l'on peut appeler l'intensité du dépistage.

Dans un chapitre suivant nous ferons voir ce que devient l'âge moyen des nouveaux malades bacillaires inscrits au dispensaire, en comparant les années (1927-1928) aux années 1937-1938).

Pendant cette période de dix ans, nous saurons quel aura été le pourcentage de malades constamment suivis et ce qu'ils seront devenus.

La comparaison entre le nombre des tuberculeux bacillaires sortis comme décédés des registres du dispensaire, et le total des tuberculeux bacillaires inscrits dans l'année 1928, nous donnera par rapport aux mêmes calculs effectués pour l'année 1938, une appréciation sur les résultats obtenus.

Au cinquième chapitre, nous donnerons quelques aperçus sur les moyens qui sont en notre possession, pour examiner les possibilités de réintégration sociale du tuberculeux guéri; nous nous apercevrons qu'il est assez difficile de faire

une étude comparative sur le pronostic de la tuberculose par l'absence de termes de comparaison bien définis.

Pour terminer, nous formulerons les principales remarques que nous avons faites sur le fonctionnement actuel de l'organisation antituberculeuse; nous essaierons d'énoncer quelques idées qui nous paraissent justes et nous ferons part des modestes suggestions que nous pouvons formuler sur l'avenir de la lutte contre la tuberculose, dans l'état actuel de notre structure économique et de notre législation sociale.

CHAPITRE PREMIER

PRÉOCCUPATIONS ACTUELLES CONCERNANT LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE

Comme l'a fait remarquer avec toute son autorité, M. Marcel MOINE, statisticien du Comité national contre la tuberculose, si nous devons être heureux des résultats obtenus par la lutte antituberculeuse en France, il est nécessaire d'ajouter qu'il ne faut pas en être contents. Notre mortalité tuberculeuse est encore très supérieure à celle du Danemark, de la Hollande, des Etats-Unis, de l'Allemagne, de l'Italie et de l'Angleterre : peut-être cela tient-il à ce fait que notre armement antituberculeux s'est développé avec un certain retard, par rapport à ces pays.

S'il y a une amélioration du taux de la mortalité tuberculeuse depuis une trentaine d'années en France, nous ne sommes pas parmi les pays qui ont fait le plus de progrès. Ainsi, toujours en citant M. MOINE, le déclin de la mortalité par tuberculose de 1904 à 1934 a été :

aux Etats-Unis	de 67,8 %
en Hollande	de 66,8 %
au Danemark	de 66,3 %
en Allemagne	de 64,7 %
en Tchéquoslovaquie	de 59,2 %
en Suisse	de 56,3 %
en Angleterre	de 53,1 %
en Norvège	de 46,5 %
en Belgique	de 45,7 %
en Espagne	de 39,6 %
en Italie	de 39,2 %
en Suède	de 39,2 %
Enfin, en France	de 38,4 %

Et, cependant, notre armement antituberculeux comprenait au début de 1938 :

41 sanatoriums publics ou privés pour tuberculose non-pulmonaire avec 11.000 lits.

180 sanatoriums publics ou privés pour tuberculose pulmonaire avec 28.000 lits, plus les 7.000 lits des services hospitaliers spécialisés.

9.200 lits, de préventoriums médicalement surveillés.

870 dispensaires de prophylaxie.

De deux dispensaires existant en 1907, ce nombre est passé à 849 en 1937 et ces 849 dispensaires (donc 6 au Maroc et 1 en Tunisie) représentent seulement ceux qui envoient régulièrement leur rapport au Comité national contre la tuberculose.

Le nombre des consultations est passé de 30.080 en 1918 à 1.853.067 plus 3.698, relevant des dispensaires des usines Michelin à Clermont-Ferrand.

Si à la diminution de la mortalité correspond dans le cadre du dispensaire, une augmentation de la morbidité, ceci prouve l'utilité de la lutte antituberculeuse menée par cet organisme; l'intensité du dépistage semble s'améliorer comme le montre un tableau de M. MOINE, tiré d'un article paru dans le *Mouvement sanitaire*, de décembre 1936.

En effet, en 1927, il y avait dans le département de la Seine 24.287 cas de tuberculose pulmonaire, ouverte ou fermée, pris en charge dans les dispensaires; le nombre des décès par tuberculose pulmonaire déclarés à l'état civil était de 10.461; ce qui faisait 237 cas pour 100 décès.

En 1935, il y avait 35.748 cas pris en charge au 31 décembre, 7.970 décès par tuberculose pulmonaire, ce qui faisait 447 cas pour 100 décès.

Les dispensaires voient donc leur activité augmenter. Mais il semble que si l'intensité du dépistage croît, la qualité de celui-ci demeure sensiblement la même : pour trois décès connus de l'état civil, deux étaient inconnus des dispensaires. Nous verrons que cette proportion n'a guère changé dans l'espace de dix années, sauf peut-être pour notre dispensaire.

Il y a lieu de se féliciter de l'action que les Pouvoirs publics et les œuvres privées, mènent contre ce terrible fléau; cependant, il semble bien que l'on ait encore beaucoup à faire. M. Etienne BERNARD a mis en lumière avec son talent habituel les difficultés soulevées par les organismes chargés de placer le malade tuberculeux et nous avons eu personnellement l'expérience de ces faits : quel temps perdu et quelle fatigue doit supporter le malade quand il lui faut aller du dispensaire à sa caisse d'assurances sociales, de son médecin traitant à la

mairie, etc..., pour obtenir le droit d'attendre plusieurs semaines avant de pouvoir partir dans un établissement de cure! Si le nombre des lits de sanatoriums n'a pas atteint le pourcentage standard recommandé aux Etats-Unis, il semble cependant qu'ils soient actuellement en France en nombre suffisant pour qu'on puisse obtenir un départ rapide du malade. Mais, à ce propos, une question essentielle se pose? N'est-ce pas plutôt le roulement, c'est-à-dire la vitesse de passage en sanatorium qui est insuffisante? Mais ceci est fonction directe du développement de l'assistance post-sanatoriale que nous examinerons dans un chapitre ultérieur.

Il apparaît à la lumière des faits que le principal grief que l'on peut faire à l'organisation actuelle de la lutte antituberculeuse est qu'elle ne correspond plus exactement à la politique sanitaire du moment. La loi sur les assurances sociales, par exemple, est venue modifier le problème et on peut bien dire qu'en 1939 la coordination entre les différents organismes s'occupant de cette lutte est très incomplète. Pour citer un cas concret, n'est-il pas inutile de faire supporter à la collectivité ou au malade les frais d'une première radiographie chez son médecin traitant, d'une deuxième faite parfois à l'Assistance publique, d'un nouvel examen au dispensaire de l'O. P. H. S. et, enfin, d'une dernière radiographie de contrôle à sa Caisse d'assurances sociales?

Un deuxième argument en faveur d'une révision de notre armement antituberculeux réside, comme l'écrit le docteur GODARD, dans le *Mouvement sanitaire*, relatant les travaux du dernier Congrès d'hygiène, « dans ce fait qu'en vingt ans nos conceptions sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la tuberculose ont très sensiblement évolué, et qu'il est de notre devoir d'en tenir compte dans les mesures d'ordre social que nous pouvons être amenés à suggérer pour rendre plus sensible encore le recul du fléau tuberculeux ».

Il ne nous a pas semblé utile de donner ici une description complète de la lutte contre la tuberculose, car celle-ci a été faite maintes et maintes fois, mais peut-être n'était-il pas inutile avant de rendre compte de l'activité particulière du dispensaire du V^e arrondissement, de faire le point et d'amorcer quelques critiques. Nous aurons à la fin de cette étude tout le loisir, en nous servant de l'exemple de ce dispensaire, de développer ce qui nous paraît indispensable pour l'avenir de la lutte antituberculeuse.

CHAPITRE II

DESCRIPTION GÉNÉRALE DU V^e ARRONDISSEMENT

Nous avons choisi le cinquième arrondissement de Paris pour plusieurs raisons :

En premier lieu, en raison de l'activité de son dispensaire. Celui-ci, en effet, sert à parfaire l'éducation des élèves infirmières en leur permettant d'effectuer un stage. La présence de ces stagiaires met donc à la disposition de cet organisme un groupe nombreux de visiteuses susceptibles à la fois de procéder à des enquêtes sociales et de se rendre compte rapidement de l'état physique et moral des malades visités, de leur entourage et, éventuellement, de les diriger à nouveau vers ce centre de prophylaxie.

La population du cinquième arrondissement est composée de ménages assez stables. Les habitants de ce quartier y résident généralement pendant longtemps. Le cinquième arrondissement de Paris est un arrondissement modeste au point de vue richesse. Or nous savons, après de nombreuses recherches, que la mortalité tuberculeuse est fonction du degré de pauvreté. C'est la pauvreté qui est le facteur dominant dans les nombreuses causes qui peuvent faire varier la mortalité par tuberculose. Il sera donc intéressant, pour qualifier les tuberculeux qui constitueront l'élément démographique de notre enquête, de savoir qu'elle est le rang du V^e arrondissement dans l'échelle des richesses. Il ne sera pas non plus inutile de donner quelques détails sur son hygiène, sa densité de population, etc...

HISTORIQUE

Le cinquième arrondissement, qui faisait autrefois partie du douzième arrondissement, est, avec l'Ile de la Cité, un des plus vieux quartiers de Paris. Les noms de certaines de ses rues évoquent tout un passé : la rue Mouffetard, qui s'appelait rue du Mont-Citard (le Mons Cetardus, qui était un champ de sépulture au temps des Romains), la rue Cen-

sier, qui s'appelait rue Sans-Chef (impasse) bordée par la Bièvre, la rue Galande ou Garlande, la rue du Pot-de-fer, de l'Epée-de-bois, de l'Estrapade, les rues du Fer-à-moulin, de la Clef, etc., etc...

Si l'on compare cet arrondissement aux autres arrondissements de Paris, on découvre qu'il fût toujours habité par une population pauvre ou modeste.

« Ce quartier, et le faubourg Saint-Marcel, disait un auteur du XVIII^e siècle, est le quartier où habite la populace de Paris la plus pauvre, la plus remuante, la plus indisciplinable ». Il y a plus d'argent dans une seule maison du Faubourg Saint-Honoré que dans tout le Faubourg Saint-Marcel... Les hommes y sont reculés de trois siècles, par rapport aux arts et aux mœurs régnantes... une famille entière occupe une seule chambre, où l'on voit les quatre murailles et, tous les trois mois, les habitants changent de trou parce qu'on les chasse, faute de paiement du loyer. Ils errent ainsi en promenant leurs misérables meubles d'asile en asile, on ne voit point de souliers dans ces demeures; on n'entend, le long des escaliers, que le bruit des sabots. Les enfants y sont nus et couchent pêle-mêle ».

Frégnier, dans son ouvrage : *Des classes dangereuses*, écrit de la population de ce quartier : « Les gens pauvres, les chiffonniers, par exemple, se réunissent par chambrées, couchent dans des espèces d'auges, sur des chiffons ou sur quelques poignées de paille. »

Mais écoutons, plus près de nous, un auteur, nous narrer sa visite au Jardin des Plantes, et nous faire part de réflexions assez pertinentes : « ...Mais quand on arrive pour visiter ces merveilles, par le quartier que nous décrivons, on ne peut s'empêcher de penser qu'il y a peut-être dans Paris cent mille individus croupissant dans des taudis, sans feu, sans air, sans pain, qui seraient heureux de loger là où sont entretenus avec une sollicitude si minutieuse, des pierres, les fossiles, les singes, les girafes, et l'on se demande si tant de luxe était nécessaire aux progrès des sciences naturelles et au profit que peuvent en tirer les arts utiles ». (*Histoire de Paris*, de Lavallée, chez Hetzel, 1852.)

Peut-être a-t-on honte des taudis que l'on trouve encore rue Mouffetard, place Maubert et, en haut de la montagne Saint-Genève, puisqu'on a, pour le repos des âmes

sensibles, échoppé la dernière phrase de cette citation fameuse de Montaigne sur sa statue de la rue des Ecoles :

« Paris a mon cœur dez mon enfance, et m'en est advenu
« comme des choses excellentes. Plus j'ay veu depuis d'autres
« villes belles, plus la beauté de cette-cy peult et gaigne mon
« affection (je l'ayme tendrement jusques à ses verrues et à
« ses taches) ... »

ETAT ACTUEL

D'après les travaux de HERSCH, on peut donner une appréciation du degré de richesse de la population du V^e arrondissement. Nous ne saurions résister au désir de citer cet auteur :

« On admettra, *a priori*, que la situation sociale des
« divers éléments de la population ou, d'une façon plus
« concrète, l'aisance et la pauvreté exercent une influence
« considérable sur la mortalité; l'aisance et la pauvreté ne
« déterminent-elles pas dans une très forte mesure le régime
« d'alimentation de l'individu, son régime de travail, des
« loisirs et du surmenage, une habitation salubre ou mal-
« saine et surpeuplée, des possibilités hygiéniques et médi-
« cales plus étendues ou plus restreintes, et ainsi de suite?
« D'un autre côté, les quelques observations particulières
« faites dans ce domaine, ont non seulement pleinement
« confirmé cette déduction *a priori*, mais elles ont laissé en-
« trevoir encore qu'après l'âge, le degré de pauvreté ou d'ai-
« sance constitue probablement le facteur (ou le complexe
« de facteurs) le plus important agissant sur la mortalité.
« Il devient dès lors évident que l'étude de ce facteur s'im-
« pose non seulement pour lui-même, pour sa portée démo-
« graphique, morale et sociale, mais aussi pour la connais-
« sance des autres facteurs de la mortalité, car il paraît dif-
« ficile de voir clair dans l'action des autres facteurs, sans
« distinguer les habitants selon leur situation sociale à peu
« près autant que sans les distinguer selon l'âge. »

AISANCE ET PAUVRETÉ

En se servant comme indice d'aisance (ou de pauvreté) de la comparaison du nombre de cotes de la contribution personnelle mobilière avec le nombre des ménages domiciliés et du montant moyen d'une cote, c'est-à-dire la somme payée

en moyenne par ceux qui ne sont pas dispensés, on peut établir pour la période (1924-1926) qui est précisément celle qui nous intéresse, le classement suivant :

CLASSE D'ARRONDISSEMENTS	ARRONDISSEMENTS	MORTALITE GENERALE ANNUELLE (pour 1.000 habitants) (1924-1928)
1° Riches.	16° et 8°.	11,0
2° Aisés.	17° et 9°.	12,0
3° Moyens.	7°, 1°, 10°, 6°, 2° et 15°.	14,0
4° Pauvres.	14°, 12°, 3°, 4°, 18°, 5° et 11°.	15,2
5° Miséreux.	20°, 13° et 19°.	16,4

Le cinquième arrondissement fait partie de la 4° catégorie, dont la mortalité annuelle moyenne est approximativement la même que la mortalité moyenne de Paris.

Et M. HERSCH a prouvé que pour cette période de 1924-1928, à Paris, le taux de mortalité variait avec un haut degré d'exactitude, en raison des racines carrées de la fraction d'habitants pauvres.

Dans un travail antérieur : *l'Inégalité devant la Mort* (Sirey, 1920), cet auteur avait calculé que la mortalité par tuberculose variait dans les arrondissements parisiens, avec une précision remarquable, proportionnellement aux carrés de la fraction pauvre de la population ou, en d'autres termes, les racines carrées de la mortalité tuberculeuse variaient comme les fractions pauvres.

Si, pour 1914-1928, la mortalité par tuberculose, pour 10.000 habitants, était de 12,1, dans la classe I, elle était de 18,0 dans la classe II, de 24,1 dans la classe III, de 29,5 dans la catégorie ou est classé le V° arrondissement et de 35,4 dans la classe la plus pauvre.

POPULATION, DENSITÉ, AGE, etc...

NOMBRE D'HABITANTS DOMICILIÉS DANS LE V° ARR.

ANNEES	NOMBRE D'HABITANTS
1872	96.689
1876	104.373
1881	115.675
1886	119.060
1891	117.549
1896	116.588

ANNEES	NOMBRE D'HABITANTS
1901	119.198
1906	118.787
1911	121.378
1921	121.242
1926	120.478
1931	117.770
1936	107.120

On peut constater de 1872 à 1936, trois périodes dans l'évolution du nombre d'habitants domiciliés dans le V^e arrondissement :

- 1° de 1872 à 1886 : une période d'augmentation.
- 2° de 1886 à 1921 : une période où le nombre des habitants est relativement stationnaire.
- 3° de 1921 à 1936 : une période de diminution dans le nombre des habitants.

Dans la période qui nous intéresse, de 1926 à 1936, il y eut une diminution de 13.358 habitants, cette diminution est surtout sensible dans les cinq dernières années, de 1931 à 1936.

S'il mourait 202 personnes sur 100.000 de tuberculose pulmonaire à Paris, en 1927, il en meurt 214 dans le V^e arrondissement dans la même année en prenant comme base de population celle qui avait été recensée l'année précédente.

Cette population recensée le 7 mars 1926 s'établissait comme suit :

QUARTIERS	NOMBRE D'HABITANTS
Saint-Victor	27.846
Jardin-des-Plantes	29.673
Val-de-Grâce	36.671
Sorbonne	26.288

et vivant sur un territoire de 249 hectares. Le nombre d'étrangers qui était de 14.854 en 1926 est tombé à 8.231 en 1936. Le pourcentage des étrangers par rapport à la population totale est donc passé en dix ans de 12,3 % à 7,6 %.

D'après la statistique de 1931, la proportion des individus de 20 à 39 ans à Paris était de 39,9 %; en France, elle était de 31,1 %.

Cette proportion était de 42,3 % dans le V^e arrondissement, alors qu'elle était de 35,3 % dans le VIII^e arrondissement où la mortalité par tuberculose est très inférieure à

celle du V^e et de 41,4 % dans le 20^e, qui possède une mortalité tuberculeuse supérieure au V^e arrondissement.

D'après M. Marcel MOINE (*Mouvement sanitaire* de décembre 36), si la mortalité par tuberculose (toutes formes) est de 219 dans le 5^e arrondissement, de 79 dans le 8^e, de 295 dans le 20^e et de 220 à Paris, pour 100.000 habitants, cette même mortalité pour les individus âgés de 20 à 39 ans est de :

- 235 dans le V^e arrondissement; ;
- 103 dans le VIII^e arrondissement.
- 286 dans le XX^e arrondissement.
- 232 pour Paris.

Là encore on voit que la mortalité tuberculeuse dans le V^e arrondissement est pour les individus de 20 à 39 ans et pour tous les âges, approximativement la même que celle de Paris dans son ensemble. Il faut noter d'ailleurs à l'avantage de cet arrondissement, que le pourcentage des éléments jeunes et facilement atteints par la tuberculose est supérieur à celui de Paris (42,3 contre 39,9).

Toujours d'après le même article de M. Marcel MOINE :

Sur 100 décédés de 20 à 39 ans, combien sont dus à la tuberculose?

44 à Paris.

39,3 dans le V^e.

27,9 dans le VIII^e.

49,9 dans le XX^e.

Au point de vue de la densité de la population et de mortalité par tuberculose, voici quel est le tableau que l'on peut constituer en prenant comme base, la population légale au 7 mars 1926. = P)

QUARTIERS	SUPERFICIE DE LA PARTIE CONSTRUITE DES IMMEUBLES PRIVES S'' m2	DENSITE P S''	MORTALITE TUBERCULEUSE POUR 100.000 HABITANTS
Jardin - des -			
Plantes . . .	269.142	1.362,5	220,8
Val-de-Grâce .	195.337	1.519,0	232,5
Saint-Victor .	143.018	1.946,8	247,8
Sorbonne . . .	127.808	2.057,0	308,1

Si l'on range par ordre de grandeur croissante, la densité de la population, étant entendu que cette densité repré-

sente pour nous le rapport entre le nombre d'habitants et la surface des parties construites des immeubles où ils vivent, on constate le parallélisme étroit entre cette densité et la mortalité par tuberculose. On constaterait de même le parallélisme entre la densité et la mortalité générale.

Mais si la densité est la cause de la plus ou moins grande contamination tuberculeuse, il ne faut pas la prendre pour le facteur essentiel de la mortalité par tuberculose. La densité de population, comme la mortalité par tuberculose, est la conséquence de la pauvreté.

HYGIÈNE

Il existait, après le recensement des 17 îlots tuberculeux de Paris, 2 îlots dans le V^e arrondissement :

Le n° 2 (Jardin-des-Plantes et Val-de-Grâce).

Le n° 3 (Saint-Victor et Sorbonne).

Dans ces îlots tuberculeux, la mortalité par tuberculose pulmonaire était :

EN 1925	1926	1927	1928
N° 2 = 7,99 décès pour 1.000 H.	8,27	4,28	5,71
N° 3 = 5,13 décès pour 1.000 H.	4,74	4,61	3,59

Il y a encore actuellement trois groupes de taudis à démolir (rue Mouffetard, place Maubert, Montagne-Sainte-Geneviève).

Le nombre des garnis n'a cessé de décroître dans la période 1925-1926.

ANNEES	NOMBRE DE GARNIS	CHAMBREES
1925	1.380	60
1926	1.343	41
1927	1.329	39
1928	1.280	21
1929	1.263	82
1929	1.263	82
1930	1.232	213
1931	1.250	213
1932	1.175	104
1933	1.096	104
1934	1.046	60
1935	905	69

Comme les hôtels confortables sont classés comme garnis, l'évolution du nombre des garnis ne nous donnerait que peu de renseignements; cependant beaucoup de ces garnis

sont l'indice d'une misère domestique qui n'est pas niable, et leur diminution, 1.380 en 1925 pour 905 en 1935, est en faveur d'une amélioration du niveau de vie de l'arrondissement; notons aussi que de nombreux étudiants français ou étrangers vivent en garnis et la diminution du nombre des étudiants étrangers qui vivaient au quartier Latin peut expliquer en partie cette diminution du nombre des garnis. Enfin, beaucoup d'étudiants de condition modeste vivent maintenant à la Cité Universitaire, dans le XIV^e arrondissement.

Plus significatif est le nombre des chambrées par rapport à la population : le cinquième arrondissement tient un rang qui le met parmi les quartiers pauvres de Paris.

Le nombre des chambrées a diminué de 1925 à 1928, pour augmenter de 1929 à 1930-31 et retomber par la suite jusqu'en 1935.

La quantité d'eau potable peut aussi utilement nous renseigner sur le rang qu'occupe le V^e arrondissement à Paris.

ARRONDISSEMENTS	CONSUMMATION EN EAU POTABLE EN 1927	HABITANTS EN 1926	NOMBRE DE M3 ANNUEL PAR HABITANT
1 ^{er}	3.885.846	46.373	83,7
2 ^e	3.772.781	47.817	77,4
3 ^e	2.553.904	74.389	34,3
4 ^e	2.196.014	86.832	25,2
5 ^e	3.005.981	120.478	24,9
6 ^e	3.324.009	100.523	33,0
7 ^e	4.252.114	110.684	38,4
8 ^e	7.823.619	92.027	87,1
9 ^e	7.901.049	106.895	73,9
10 ^e	5.125.987	138.364	37,0
11 ^e	5.215.080	219.471	23,8
12 ^e	3.994.242	157.277	24,1
13 ^e	3.357.887	164.671	20,3
14 ^e	4.324.308	178.230	24,2
15 ^e	7.069.029	238.797	29,6
16 ^e	9.106.935	176.868	51,1
17 ^e	7.713.648	220.716	34,9
18 ^e	6.910.598	288.810	23,9
19 ^e	3.397.667	165.757	20,4
20 ^e	3.594.856	195.731	18,3

La moyenne de la consommation d'eau potable pour l'année 1927 était, pour Paris, de 34 mètres cubes 3 par habitant. Avec ses 24 mètres cubes 9, le V^e arrondissement est au-dessous de la moyenne; il occupe le 13^e rang par ordre de consommation décroissante :

Alors que le VIII^e arrondissement a consommé le plus d'eau potable (87 mètres cubes 1), le XX^e n'en a consommé que 18 mètres cubes 3 et occupe à cet égard le dernier rang.

Ces chiffres n'ont, bien entendu, qu'une valeur relative en raison de la consommation sans doute plus élevée dans les quartiers qui possèdent un grand nombre d'hôtels et qui voient passer dans l'année un grand nombre de locataires.

Cette consommation serait vraisemblablement encore plus élevée dans les quartiers riches, si les habitants de ces quartiers ne portaient pas en vacances.

Nous voudrions compléter ces informations en donnant une physionomie moins chiffrée du V^e arrondissement. Pour ce faire nous avons recueilli l'impression des visiteuses du dispensaire dont les enquêtes ont apporté la confirmation des données démographiques et sociales que nous avons exposées succinctement au début de cette étude.

Il y a dans le V^e arrondissement trois groupes de population assez distincts.

1° La population flottante, composée en majeure partie d'étudiants étrangers qui paient un large tribut à la tuberculose; en effet, ces étrangers ressortissent dans la majorité à des nations d'Europe centrale à change bas. Leurs moyens d'existence sont précaires et leur standard de vie nettement défectueux. Ils représentent une élite intellectuelle dans un état presque général de sous-nutrition.

Un certain nombre d'entre eux ont d'ailleurs été vus par le dispensaire, mais leurs traces ont été perdues par suite de leur retour dans leurs pays d'origine.

Une grosse partie de cette population flottante a aujourd'hui émigré à la Cité Universitaire et ne joue plus dans les statistiques de ces dernières années.

2° Une population modeste, petits employés, petits fonctionnaires universitaires, vivant dans des conditions d'habitation et d'hygiène souvent fort défectueuses. Le salon, dans ces quartiers, remplace souvent la salle de bain.

3° Une population ouvrière, qui constitue la grosse clientèle du dispensaire. Les conditions d'hygiène de cette

partie de la population sont nettement défavorables : immeubles sans eau, vétustes (rue de la Montagne-Sainte-Geneviève, rue des Boulangers, rue Mouffetard, etc...), sans système de tout à l'égout et surpeuplés.

Ainsi donc, si le V^e arrondissement n'est pas un des plus pauvres de Paris, il reflète cependant assez bien la médiocrité sociale de la capitale : forte densité de population par surface construite ; nombre important de garnis et de chambres ; assez faible consommation en eau potable.

L'intérêt particulier que présente cet arrondissement pour notre étude, réside surtout dans ce fait que la mortalité tuberculeuse y est sensiblement égale à la moyenne de Paris.

Bien que dans le V^e arrondissement les éléments jeunes de la population, adolescents et jeunes adultes, y soient, en raison du centre universitaire, un peu plus nombreux que dans l'ensemble de la capitale, nous pouvons dire que les conclusions que nous pourrions tirer de nos statistiques de morbidité et de mortalité tuberculeuse valent pour Paris tout entier.

CHAPITRE III

ACTIVITÉ DU DISPENSAIRE DU V^e ARRONDISSEMENT

Pour juger de l'activité du dispensaire, il est nécessaire de comparer quelques chiffres.

Alors qu'en 1926 le nombre des consultants inscrits était de 1.671, en 1934, ce nombre était de 1.953.

Le nombre des tuberculeux diagnostiqués et restant inscrits au 31 décembre 1926 était de 1.205. En 1934, il était de 1.286.

Dans le même laps de temps, le nombre des tuberculeux bacillifères suivis passait de 307 à 364 ; le nombre des consultations de 5.030 à 7.453 et le nombre des visites à domicile de 5.375 à 6.293.

On voit par ces exemples que l'activité de ce dispensaire s'est accrue et que la lutte antituberculeuse s'est perfectionnée dans cet arrondissement, surtout si l'on tient compte de l'abaissement du nombre d'habitants pendant la même période.

Sur les 1.868 consultants restant inscrits au 31 décembre 1928 il y avait 1.792 consultants pour tuberculose pulmonaire.

Ce nombre était de 2.084 en 1938, soit en augmentation de 292, c'est-à-dire de 18,2 % en dix ans.

S'il y eut 4.259 visites à domiciles en 1928, il y en eut 5.648 en 1938, soit un excédent de 389, c'est-à-dire une augmentation de 9,1 % en dix années.

Pour 293 séances de consultations cliniques en 1928, il y en eut 323 en 1938, soit un excédent de 30 et une augmentation de 10,2 %.

Pour les 56 séances d'examens radioscopiques pratiqués en 1928, il y en eut 61 en 1938, soit un excédent de 5 et une augmentation de 9,8 %.

Le nombre des consultations (cliniques et radiologiques) est passé de 5.327 en 1928 à 7.919 en 1938, soit un excédent de 2.592 et une augmentation de 48,4 %, ce qui est tout à fait appréciable.

Le premier fait qui ressort de ces quelques chiffres bruts est l'augmentation en huit ans du nombre des consultants. En effet, bien que la population globale de l'arrondissement ait diminué, nous notons une augmentation de 282 consultants. Nous pouvons nettement attribuer cette augmentation au développement des contacts du dispensaire avec le milieu environnant, par la personne de ses médecins, de ses infirmières visiteuses et, grâce au concours apporté par les médecins praticiens de l'arrondissement qui ont sut de quelle aide pouvait être pour eux un tel centre de diagnostic, de prophylaxie et de placement.

Concurremment, le nombre des tuberculeux suivis, c'est-à-dire diagnostiqués dans l'année et restant inscrits au 31 décembre de l'année précédente a augmenté de 80.

Le nombre de consultations progressait de 2.423, montrant que la répugnance manifestée autrefois par les malades à consulter au dispensaire est en décroissance.

Le nombre des visites à domicile augmentait parallèlement de 918 unités et pour qui sait la difficulté que rencontrent les infirmières visiteuses dans l'accomplissement de leur tâche, ceci est tout à leur honneur.

Quel a été parallèlement à cette augmentation des consultations, du nombre de cas diagnostiqués, du nombre de consultations à domicile, ce que nous pourrions appeler le résultat de cette campagne antituberculeuse?

Il se traduit par les chiffres éloquentes en eux-mêmes : ceux de la mortalité comparée pour tuberculose chez des ma-

lades diagnostiqués comme bacillaires et suivis par le dispensaire pour les deux années entières, faisant l'objet de notre étude.

En 1928 :

sur 399 malades bacillaires suivis,
297 restaient inscrits en fin d'année,
102 étaient sortis des registres pour décès par tuberculose.

En 1938 :

sur 506 malades bacillaires suivis,
427 restaient inscrits en fin d'année,
79 étaient sortis des registres pour décès par tuberculose.

Dégageons immédiatement l'élément de comparaison qui découle de ces chiffres.

Nous voyons que les malades bacillaires suivis restant inscrits en fin d'année représentent :

En 1928 : 74,4 % du nombre des bacillaires suivis dans l'année.

En 1938 : 84,3 % du nombre des bacillaires suivis dans l'année.

Soit une amélioration de 9,9 %.

Le nombre des décédés passait à la même époque de :

En 1928 : 25,6 % du nombre des bacillaires suivis dans l'année.

En 1938 : 16,7 % du nombre des bacillaires suivis dans l'année.

Bien que le nombre des tuberculeux bacillaires suivis ait augmenté pendant ces dix années de 26,8 %, le nombre des décès enregistrés au dispensaire est en diminution de 23,5 %.

En résumé, il semble donc que si la morbidité tuberculeuse constatée par les moyens du dispensaire ait manifesté une tendance fort nette à l'augmentation, la mortalité des tuberculeux bacillaires enregistrée selon les mêmes moyens, soit en régression.

Quelles sont les conclusions qui sembleraient se dégager *a priori* de semblables constatations?

Dépistage :

Les chiffres que nous venons d'exposer montrent que l'action du dispensaire du V^e arrondissement lui a permis d'intensifier quantitativement ce dépistage.

Ce dépistage, plus intense, pourrait être interprété d'après les chiffres du dispensaire comme ayant été amélioré qualitativement. En effet, pour un même nombre de consultants, le nombre des tuberculeux bacillaires a diminué en même temps que le nombre des décès enregistré par le dispensaire. Autrement dit, il y a moins de tuberculeux vrais parmi les malades consultants au dispensaire. Il y a moins de mort par tuberculose, chez les bacillaires suivis.

Nous verrons plus loin que cette interprétation ne correspond pas absolument à la réalité des faits.

Il semble, en effet, que le dépistage n'ait pas fait découvrir la tuberculose là où on ignorait qu'elle fut, mais qu'il se soit borné à amener au dispensaire soit des malades vus un peu plus précocement qu'autrefois, soit simplement des malades chez lesquels la tuberculose ne revêtait pas un caractère de gravité aussi marquée que lors des premières années de notre statistique.

Ce fait peut être attribué, soit à une résistance plus grande des malades à l'infection tuberculeuse, soit à une diminution de la virulence du bacille, ainsi que NICOLLE en démontre la possibilité lorsqu'il envisage le destin des maladies infectieuses.

En tout état de cause il semble que l'amélioration constatée ressorte plus de ces dernières hypothèses que de la précocité et de la qualité du dépistage par le dispensaire. Le dépouillement des dossiers de 1927 et 1928 nous a permis, en effet, de constater que par comparaison avec les dossiers des malades diagnostiqués en 1937 et 1938, la gravité et l'étendue des lésions est d'une façon générale analogue. Il ne semble pas que les progrès réalisés dans la précocité du dépistage soient très sensibles.

Cependant, et contrairement à ce qui s'est passé dans la plupart des dispensaires, on peut dire qu'en l'espace de dix ans l'intensité du dépistage s'est améliorée dans notre arrondissement.

M. Marcel MOINE donne pour toute la France un pourcentage d'environ 33 %, représentant le nombre de tuberculeux décédés connus par le dispensaire, par rapport au total des décédés par tuberculose (toutes formes) et signalés par l'état civil.

En d'autres termes, les dispensaires connaîtraient seulement 1 décès sur les trois enregistrés par l'état civil.

Voyons à ce sujet quelle est la position du dispensaire du V^e arrondissement :

En 1928 : il y eut, signalés par l'état civil, 261 décès par tuberculose (toutes formes).

Sur ces 261 décès 99 étaient connus du dispensaire, soit un pourcentage de 37,8 %.

En 1938, 165 décès furent signalés par l'état civil.

Sur ces 165 décès par tuberculose (toutes formes), 80 étaient connus du dispensaire, ce qui fait un pourcentage de 48,4 %.

Nous voyons donc, en comparant ces deux pourcentages, que le dépistage du dispensaire s'est nettement amélioré en étant, puisqu'il est passé de 37,8 % à 48,4 %.

Il n'en reste pas moins vrai que la moitié des habitants du V^e arrondissement qui meurent de tuberculose sont inconnus du dispensaire. C'est infiniment regrettable.

Les services de la Statistique municipale communiquent d'ailleurs à l'Office d'Hygiène sociale les listes et adresses des décédés par tuberculose.

Ce qui permet aux visiteuses du Dispensaire d'effectuer des enquêtes sociales dans chaque cas.

Mais celles-ci, faites *a posteriori*, ont évidemment un rendement médico-social assez faible.

Les familles des décédés se refusent bien souvent à se soumettre aux examens prophylactiques du dispensaire. Dans un nombre important de cas, un tiers environ, le malade logeait en garni et a été transféré à l'hôpital. La désinfection n'a été déclenchée qu'au moment où le malade est décédé et non au moment où il est entré à l'hôpital.

Une autre constatation que nous avons pu faire, est que les listes de décédés par tuberculose fournies par l'état civil ne contiennent pas tous les cas de décès par tuberculose connus du dispensaire dans l'année.

Ceci provient de ce que les déclarations faites par l'entourage au médecin de l'état civil ont été quelque fois erronées, que ce soit sciemment ou non.

On en peut conclure que tant que les statistiques de mortalité ne seront pas établies avec la collaboration du médecin traitant, nous ne pourrons avoir en France des tables véridiques sur les causes de la mortalité. Il est regrettable de constater que notre traditionalisme, si précieux à tant

d'égards, limite nos possibilités d'informations et de recherches dans le domaine médico-social.

Mais, pour en revenir au nombre très important des 85 décédés par tuberculose en 1938, décédés dans l'arrondissement et inconnus du dispensaire, il nous a paru intéressant de rechercher pourquoi.

Dans quelques cas, il s'agissait d'évolutions aiguës nécessitant une hospitalisation d'urgence; dans d'autres cas de malades appartenant à des milieux très aisés dans lesquels l'intervention du dispensaire aurait été inutile.

Mais il faut bien reconnaître que, dans la majorité des cas, cette intervention eut été très souhaitable.

Pourquoi ces malades n'ont-ils pas été signalés au dispensaire. Parce que l'entourage s'y est opposé et, le plus fréquemment, le médecin traitant.

Lorsque ce médecin traitant est un praticien, il est de son droit le plus strict de refuser la collaboration médico-sociale du dispensaire antituberculeux. Mais lorsque le médecin traitant appartient à une formation sanitaire telle qu'une consultation hospitalière, ou un dispensaire privé, nous pouvons nous étonner à bon droit de cette absence de liaison, qui est si préjudiciable à l'organisation de la lutte antituberculeuse.

Nous ne saurions mieux illustrer ces affirmations qu'en rapportant, à titre d'exemple, quelques observations médico-sociales récemment faites au dispensaire du V^e arrondissement.

OBSERVATION 1. — Mme L..., rue de la Clé. Femme de service dans une école publique du V^e arrondissement. Tousse et crache; consulte au dispensaire en mai 1934: BK positif. Refuse le sanatorium et continue son service.

La direction de l'Enseignement, alertée confidentiellement, adresse la malade au Service médical de la Préfecture qui déclare qu'elle peut continuer son service.

En 1937, poussée évolutive sévère; consulte à Cochin: BK positif. Placée au sanatorium d'Angicourt, où elle entre en janvier 1938. En sort en octobre 1938 pour reprendre son service à l'école.

Nouvelle poussée en mars 1939: BK positif. En instance de nouveau placement en sanatorium par l'Office d'hygiène.

OBSERVATION II. — M. Gaston Q..., rue Mouffetard, assuré social, est suivi à la consultation externe d'un hôpital de l'Assistance publique. B.K. positif Création d'un pneumothorax thérapeutique gauche en juin 1938.

La femme enceinte accouche dans une maternité de l'Assistance publique en janvier 1939. Cette famille n'est signalée au dispensaire que le 14 avril 1939 par une consultation privée de nour-

rissons qui suit l'enfant. La prophylaxie ante-natale et post-natale de la tuberculose n'a pu être entreprise en temps utile, ce cas n'ayant été signalé au dispensaire ni par la consultation hospitalière, ni par la Caisse d'Assurances sociales maladie du malade, ni par la maternité, ni par le Service d'assurances maternité qui a versé les prestations d'accouchement.

OBSERVATION III. — Femme L..., domestique sans famille. Elle est suivie à la fois au dispensaire et dans un centre de triage de l'Assistance publique où l'on réinsuffle son pneumothorax. B.K. positif. Elle continue à travailler comme domestique, heureusement chez un ménage sans enfants. Le dispensaire estime le placement nécessaire et urgent et entreprend les démarches en conséquence. La malade, très fatiguée, est entièrement d'accord. Mais une lettre, émanant du centre de triage, invite le dispensaire à ne pas s'occuper de cette malade « pour laquelle aucune raison ne justifie un envoi en sanatorium, ni la surveillance du dispensaire. »

OBSERVATION IV. — M. V... Yves, rue de la Huchette. Hospitalisé dans un hôpital de l'Assistance publique. B.K. positif. Proposé à l'O.P.H.S. pour un placement en sanatorium. N'est connu du dispensaire que la veille du départ et seulement par le Bureau de bienfaisance auquel il venait de demander un secours de vestiaire.

Ainsi pouvons-nous conclure, après avoir passé en revue tout ce qui est fait, tenté, essayé, avec plus ou moins de bonheur par toutes les bonnes volontés réunies d'un dispensaire d'arrondissement que, si le dépistage a semblé s'améliorer quantitativement, et peut-être ainsi qualitativement (mais surtout sur ce point en fonction des malades consultants et de la maladie elle-même), il subsiste des lacunes, des erreurs, qui pourraient être aisément évitées.

Une coordination plus étroite entre les divers organismes publics et privés qui ont à connaître des malades; un système souple, mais sûr, qui devrait permettre à tous moments au dispensaire, qui est quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse le centre de lutte antituberculeux le mieux organisé et le mieux qualifié, tout cela devrait permettre à celui-ci de NE PAS IGNORER LES MALADES TUBERCULEUX, LES FAMILLES DE TUBERCULEUX, que d'autres organismes ont sous leur contrôle, ou sous leur dépendance, qu'il s'agisse de secours de bienfaisance, de prestations légales ou de soins à donner.

Le dispensaire est le pôle vers lequel doivent converger toutes les activités antituberculeuses; les cloisons étanches doivent disparaître; ce n'est qu'à ce prix qu'une lutte anti-tuberculeuse prendra toute sa valeur prophylactique et sera assurée

de dépister, partout où ils se trouvent, les foyers de propagation de la maladie.

ÂGE MOYEN DES MALADES (1 et 2) EN (1927-1928) ET EN (1937-1938)

En étudiant les dossiers des tuberculeux inscrits au dispensaire, à dix ans d'intervalle, s'il nous était difficile en raison du petit nombre de malades :

a) De soustraire les malades âgés et qui auraient eu autant de chances de mourir d'une autre maladie que de tuberculose pour donner des pourcentages de décédés plus significatifs ;

b) De ranger par groupes de cinq années de naissance ou d'âge, les malades (1 et 2) de (1927-1928) et de (1937-1938), et de comparer les pourcentages obtenus, il nous a été plus facile de calculer l'âge moyen de ces malades, à dix années de distance.

1° Age moyen des malades (1 et 2) enregistrés en 1927 et 1928 : 29 ans 1/2.

2° Age moyen des malades (1 et 2) enregistrés en 1937 et 1938 : 36 ans.

La comparaison de ces deux chiffres aurait été évidemment beaucoup plus intéressante, si nous avions pu opérer sur un plus grand nombre d'individus.

Cependant, même en tenant compte du nombre peu important des malades, compte tenu du vieillissement de la population parisienne de 1926 à 1936, il semble bien qu'on doive attribuer ce vieillissement de l'âge moyen au recul de l'âge de la morbidité tuberculeuse.

Si la tuberculose atteint moins en (1937-1938) qu'en (1927-1928), les éléments jeunes de la population, c'est que ceux-ci se défendent mieux contre le mal ou :

a) parce que la thérapeutique a fait des progrès en dix ans ;

b) parce que le dépistage s'est amélioré en qualité.

Il semble bien qu'il ne faille pas trop se faire d'illusion sur la valeur des facteurs a et b.

Nous avons vu, en effet, que si l'intensité du dépistage avait augmenté, si la qualité des malades s'était améliorée, la qualité du dépistage n'avait guère varié au cours des dernière-

res années : elle est toujours de l'ordre de un malade connu par ce dispensaire pour trois décès par tuberculose toutes formes, enregistrés annuellement par l'état civil.

On peut noter en faveur de la thérapeutique quelque progrès, et comme l'a très bien dit ARNAUD : « Le pneumothorax double sensiblement les chances de guérison et réduit au tiers les risques de rechute ». Mais si l'on sait que, malgré un dépistage effectué dans des conditions particulièrement favorables, parmi les employés de l'A. P. qu'il a suivis, 76 % des tuberculeux pulmonaires présentaient au premier examen des lésions déjà modérément avancées ou étendues, et que 40 % des malades étaient venus consulter de 3 à 6 mois après les premières manifestations de la maladie, on s'aperçoit immédiatement du nombre considérable de malades pour qui, la collapsothérapie par pneumothorax aura peu de chances de réussir et d'être efficace.

D'ailleurs, une étude déjà un peu vieille de BACKER JULIE, sur les malades du dispensaire d'Oslo, a montré que de (1911-1920) à (1921-1930) :

La mortalité par tuberculose avait baissé.

La mortalité des tuberculeux pulmonaires n'avait guère changé dans son ensemble, malgré le pneumothorax et la cure sanatoriale ; seuls les tuberculeux jeunes avaient vu leur mortalité un peu diminuer.

La survie des malades tuberculeux s'est améliorée surtout pour les groupes jeunes.

En d'autres termes, il meurt moins de personnes de tuberculose, elles meurent à peu près autant, mais elles meurent moins vite.

Pour conclure, nous supposons que l'âge moyen des tuberculeux bacillaires ayant augmenté, cela traduit peut-être le fait que les éléments jeunes de la population sont mieux protégés actuellement qu'il y a dix ans dans le V^e arrondissement.

CHAPITRE IV

AVENIR ÉLOIGNÉ DES TUBERCULEUX PULMONAIRES DIAGNOSTIQUÉS AU DISPENSAIRE DU V^e ARRONDISSEMENT.

Notre enquête va maintenant prendre comme sujet d'investigation, l'avenir éloigné des tuberculeux, diagnostiqués comme tels au dispensaire pendant les années 1927-1928.

Nous diviserons nos malades en trois catégories, en adoptant la classification de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine :

1^o *Malades* (1 et 2) :

Ce sont des malades ayant présenté des bacilles de Koch dans les expectorations.

Les malades numéro 1 sont des tuberculeux pulmonaires dont l'état général est grave et qui ne relèvent pas d'une cure sanatoriale. Nous aurons seulement quelques malades de cette catégorie.

Les malades numéro 2 constitueront le fond de notre matériel humain ; c'est eux qui seront en plus grand nombre, les malades numéro 1 comptant pour 1 à 2 % environ. Ces malades sont des tuberculeux pulmonaires bacillaires évolutifs plus ou moins curables : ils sont pour la plupart justiciables d'un séjour en hospice-sanatorium ou en sanatorium.

2^o *Malades* (3) :

Ces malades sont des tuberculeux à peu près certains. Si l'on n'a pas trouvé de bacilles de Koch dans leurs expectorations, c'est que les examens n'ont pas été pratiqués d'une façon systématique ou que la recherche du bacille n'a pas été poussée ; il n'est pas aventuré de penser qu'on aurait peut-être pu le déceler dans les crachats, dans le liquide gastrique ou dans les selles. En tout état de cause, la proportion des malades de cette catégorie, qui sont devenus bacillaires ou qui sont décédés, nous autorise à en faire une étude. Cette étude, nous la ferons évidemment à part pour ces seuls malades.

3° *Malades ayant changé de formes :*

Nous comprendrons dans cette catégorie tous les sujets déjà connus du dispensaire, avant les années 1927-1928, mais qui sont devenus bacillaires pendant ces deux années.

Nous avons eu à notre disposition les fiches de 269 malades (1 et 2), de 59 malades (3) et de 35 malades (changement de formes).

Sur 363 malades au total, nous pûmes en suivre 267 pendant une période de 10 ans.

Les 267 malades ainsi suivis se répartissent en :

147 hommes et 120 femmes.

Au bout de 10 ans :

Sur les 267 malades suivis (hommes et femmes) :

193 malades étaient décédés, 74 malades étaient vivants, ce qui fait : 72,2 % de décédés et 27,8 % de vivants.

Si l'on fait maintenant la distinction entre les sexes pour apprécier la mortalité au bout de 10 ans, on obtient les résultats suivants :

Sur les 147 tuberculeux hommes :

116 étaient décédés au bout de 10 ans et 31 étaient encore vivants.

Sur les 120 femmes tuberculeuses :

77 étaient décédées au bout de 10 ans et 43 étaient encore vivantes.

Ce qui fait :

Près de 79 % de décès chez les hommes contre un peu plus de 64 % de décès chez les femmes.

Au bout de dix années, il reste donc : Près de 36 % de malades féminins vivants. Il ne reste qu'un peu plus de 21 % de malades masculins vivants.

En résumé, nous pouvons faire deux constatations :

1) Il existe un pourcentage plus élevé de tuberculeux que de tuberculeuses ;

2) La mortalité des hommes tuberculeux est plus élevée que celle des femmes tuberculeuses au bout de dix années.

MALADES (1 et 2)

Si maintenant on fait les mêmes calculs pour les malades (1 et 2), voici les résultats que l'on obtient :

Sur 269 malades (1 et 2) il y eut :

156 hommes, soit 58 % et 113 femmes, soit 42 %.

Sur ces 269 malades (1 et 2) :

211 malades furent suivis pendant une période de 10 années, et 58 malades furent perdus de vue, soit 21,5 %.

Sur ces 211 malades suivis, on comptait : 127 hommes et 84 femmes.

Sur les 127 hommes suivis pendant 10 ans, 103 sont décédés, soit 81,1 % et 24 sont encore vivants, soit 18,9 %.

Sur les 84 femmes suivies pendant 10 ans : 60 sont décédées, soit 71,4 % et 24 sont encore vivantes, soit 28,6 %.

Si l'on fait abstraction de la distinction des sexes :

Sur 211 malades (1 et 2) suivis, on a, au bout de 10 ans : 163 décédés, soit 77,2 % et 48 vivants, soit 22,8 %.

En résumé, sur 211 malades bacillaires, diagnostiqués pour la première fois dans les années 1927-1928, 77,2 % étaient décédés dix ans après avoir été connus du dispensaire, et 22,8 % étaient encore vivants.

La mortalité masculine l'emporte sur la mortalité féminine (81,1 % contre 71,4 %), de près de 10 0/0.

Le nombre des hommes dépasse celui des femmes (58 % contre 42 %), de 16 0/0.

Sur 269 malades inscrits 58 seulement furent perdus au cours des dix années qui ont suivi leur inscription, c'est-à-dire 21,5 %, ce qui est un pourcentage tout à fait satisfaisant à notre avis.

MALADES BACILLAIRES

Si l'on ajoute à ces 211 malades (1 et 2) suivis les 23 malades suivis qui ont changé de formes, c'est-à-dire ceux qui, préalablement suivis au dispensaire comme contacts ou suspects sont devenus bacillaires, en 1927-1928 nous avons un total de 234 malades.

Les 35 malades ayant vu leur tuberculose devenir bacillifère se répartissaient comme suit :

15 hommes, soit 42,9 % et 20 femmes, soit 57,1 %.

Sur ces 35 malades, 23 furent suivis pendant la période (1927-1928)-(1937-1938).

Sur un total de 234 bacillaires suivis nous avons :

136 hommes et 98 femmes.

Au bout de dix années, voici les chiffres et les pourcentages des décédés et des vivants, si l'on fait la distinction des sexes :

Sur 136 hommes, 110 étaient décédés, soit 80,8 %, et

26 étaient encore vivants, soit 19,2 %.

Sur 98 femmes, 71 étaient décédées, soit 72,2 % et 27 étaient encore vivantes, soit 27,8 %.

Sans distinction de sexe, sur 234 malades suivis il y avait au bout de dix ans :

181 décédés, soit 77,3 % et 53 vivants, soit 22,7 %.

En résumé, au bout d'une période de dix ans, après leur dépistage, 77,3 % des malades bacillaires suivis par le dispensaire du V^e arrondissement de Paris, étaient décédés.

La mortalité masculine est plus élevée que la mortalité féminine (80,8 % contre 72,2 %) de 8,6 %.

MALADES (3)

Rappelons qu'il s'agit de ces cas de tuberculose dite fermée.

Sur 59 malades inscrits dans les années 1927 et 1928, il y avait :

21 hommes, soit 35,6 % et 38 femmes, soit 64,4 %.

Sur les 59 malades inscrits on comptait :

11 hommes, et le double, soit : 22 femmes qui furent suivis pendant dix ans.

Sur ces 33 malades suivis, et sans distinction de sexe, il y eut :

12 décédés, soit 36,4 % et 21 vivants, soit 63,6 %.

Sur les 11 hommes suivis pendant dix années :

6 décédèrent, soit 54,5 % et 5 sont encore vivants, soit 45,5 %.

Sur les 22 femmes suivies pendant 10 années :

6 décédèrent, soit 27,2 % et 16 sont encore vivantes.

En résumé le pourcentage des malades (3) décédés au bout de 10 ans (36,4 %) est très inférieur au pourcentage des malades bacillaires décédés pendant la même période (77,3 %).

Ce pourcentage est comme on le voit, et ainsi qu'on pouvait le prévoir, plus de moitié inférieur à celui des malades bacillaires. Il n'est cependant pas négligeable, ce qui nous permet de penser que ces malades étaient bien pour la plupart des tuberculeux :

a) Parce qu'ils sont morts de tuberculose, si l'on fait créance aux renseignements qui nous ont été fournis;

b) Parce qu'il est vraisemblable de supposer comme

nous l'avons dit plus haut, qu'on aurait pu trouver dès leur inscription chez un certain nombre d'entre eux, des bacilles de Koch dans les crachats, dans le liquide gastrique ou dans les selles, d'autant plus que le pourcentage des femmes est dans ce groupe, supérieur au pourcentage des hommes. Or, nous savons que beaucoup de femmes ne savent pas cracher, et qu'on trouve souvent chez les tuberculeuses qui n'expectorent pas apparemment, des bacilles de Koch dans le liquide gastrique;

c) Enfin, au cours des dix années, un certain nombre de ces malades se sont mis à cracher des bacilles.

MALADES DONT ON A PERDU LA TRACE

Nous avons vu que pour les malades (1 et 2), 21,5 % seulement d'entre eux furent perdus de vue au cours des dix années.

Sur la totalité des 363 malades examinés de notre enquête :

96 malades échappèrent à la surveillance du dispensaire, soit 26,4 % des malades pris dans leur ensemble.

Si l'on essaie de classer les différentes causes qui peuvent expliquer ce défaut de surveillance, on arrive aux résultats suivants :

- | | |
|--|----|
| 1) Malades partis du V ^{me} arrondissement sans laisser d'adresse | 29 |
| 2) Malades partis ailleurs en province ou à l'étranger | 25 |
| 3) Malades dont on a perdu la trace dans le département de la Seine | 29 |
| 4) Malades pour lesquels nous n'avons reçu aucune réponse, soit des dispensaires, soit de leur famille | 13 |

On peut considérer que les 29 malades qui partirent du V^{me} arrondissement sans laisser d'adresse, ont été perdus de vue, sans qu'il soit possible d'en rejeter la responsabilité sur le défaut de surveillance du dispensaire.

Pour le reste, sauf ceux qui partirent pour l'étranger, leur disparition ne se justifie guère, et l'on en peut déduire :

- 1) Que la coordination entre les différents dispensaires est manifestement insuffisante, car tous les malades qui changèrent de lieu de résidence furent signalés par le dispensaire du V^e arrondissement de Paris, aux différents dispensaires de la Seine ou de la province, correspondant au nouveau domicile du malade;

2) Que c'est donc par négligence, ou faute de moyens suffisants, ou en raison de certaines oppositions, que ces malades ne purent être suivis pendant un temps suffisant, ou furent complètement ignorés des Services de prophylaxie.

Voici d'ailleurs quelques réponses significatives, à nos demandes de renseignements :

Lettre a. — Malade inconnue du dispensaire de X... où elle ne s'est jamais présentée. Je ne suis pas autorisée à visiter des malades non inscrits au dispensaire — avec mes regrets, etc...

Lettre b. — J'ai le regret de vous faire connaître qu'elle (S. M.) ne s'est jamais présentée à notre consultation.

Il ne nous est, par conséquent, pas possible de vous envoyer les renseignements que vous désirez, etc...

Lettre c. — Je n'assure la direction du dispensaire de Saint-J. que depuis le 1^{er} janvier et j'ai le regret de vous informer que je n'ai trouvé aucune trace de transfert de votre malade, etc...

Lettre d. — Le dispensaire actuel ne fonctionne que depuis novembre 1932. Le dossier aurait dû, à ce moment, être transféré au dispensaire de la Croix-Rouge, qui ne m'a jamais transféré les dossiers lors de notre création, etc...

Lettre e. — ... seule dans l'arrondissement, très mal desservi, je n'ai pu me rendre de suite à Y.

Et pour terminer, deux lettres seulement parmi quelques-unes émanant des dispensaires de Seine-et-Oise :

Lettre f. — ... Je ne trouve aucune trace du passage de M. P. R. au dispensaire de W.

Lettre g. — ... Je ne trouve aucune trace du passage de M. L. F. ni comme inscription directe, ni comme transfert.

Ceci nous montre surabondamment qu'il y a encore beaucoup d'efforts d'organisation à accomplir pour que les liaisons entre des dispensaires même peu éloignés, puissent être suffisamment assurées.

Si nous voulons maintenant résumer tous les documents que nous venons d'apporter, nous dirons :

1) Que si l'on remarque que nos enquêtes sociales ont été assez précises quant à la cause du décès, en tenant compte : qu'un malade est mort d'un accident de ski, alors qu'on pouvait le considérer comme guéri,

Qu'un malade s'est suicidé au sanatorium,

Qu'un troisième malade vient de décéder au début de 1939.

On peut affirmer que les trois quarts environ des malades bacillaires suivis au dispensaire du V^{me} arrondissement, sont morts dix ans après leur inscription sur les registres de ce dispensaire.

2) Que cette proportion aurait été peut-être très légèrement améliorée si l'on avait pu suivre tous les malades en raison de ces deux faits :

a) La proportion des femmes est plus grande chez les malades dont on perdit la trace que chez ceux qui furent suivis;

b) La mortalité féminine des tuberculeux qui font l'objet de cette enquête est inférieure à la mortalité masculine.

COMMENT SE RÉPARTISSENT LES DÉCÈS DANS LE TEMPS.

Nous avons fait pour les malades (1 et 2) et pour les malades bacillaires (1 et 2 et changement de formes) une ventilation dans le temps, et nous avons obtenu les résultats suivants :

Pour les malades 1 et 2 :

Sur 163 décès :

60 ont eu lieu dans l'année,

41 ont eu lieu l'année suivante,

36 ont eu lieu dans la 3^{me} année de prise en charge par le dispensaire,

9 ont eu lieu dans la 4^{me} année,

9 ont eu lieu dans la 5^{me} année,

5 ont eu lieu dans la 6^{me} année,

13 ont eu lieu dans les années suivantes.

62 % des décès totaux se sont produits dans l'année de l'inscription ou l'année suivante.

77,9 % des décès totaux dans l'année de l'inscription et les deux années suivantes.

Sur 234 malades bacillaires suivis :

27,7 % des malades étaient décédés dans l'année de l'inscription.

4,7 % de la totalité des malades étaient morts à la fin de l'année suivante.

60,6 % de la totalité des malades étaient morts à la fin de la 2^{me} année qui suivit l'année de l'inscription.

64,9 % de la totalité des malades étaient morts à la fin de la troisième année qui suivit l'année de l'inscription.

62,9 % de la totalité des malades étaient morts à la fin de la quatrième année qui suivit l'année de l'inscription.

71,3 % de la totalité des malades étaient morts à la fin de la cinquième année qui suivit l'année de l'inscription.

Rappelons que le pourcentage des décédés parmi les bacillaires était au bout de 10 ans de 77,3.

Ces chiffres nous permettent de faire les constatations définitives suivantes :

a) La mortalité des tuberculeux du dispensaire du V^{me} arrondissement est comme on le voit considérable.

b) Etant donné que 27,7 % des malades étaient décédés dans l'année de l'inscription on se rend compte immédiatement que l'inscription au dispensaire est loin de correspondre toujours au début de la maladie et que le dépistage doit être rendu plus précoce.

c) Si, *grosso modo*, les trois quarts des tuberculeux diagnostiqués en 1927-28 sont morts en 10 ans, cette mortalité porte pour 60 % d'entre eux, sur les trois années qui ont suivi l'inscription au dispensaire.

Ajoutons pour terminer ce chapitre que nous n'avons voulu apporter ici qu'une statistique globale, concernant les adultes.

D'une part, nous avons laissé délibérément de côté tout ce qui concerne l'enfance et les antécédents héréditaires des malades.

D'autre part, il nous est apparu qu'il était très difficile d'établir des statistiques différentes concernant le pronostic de la tuberculose, en tenant compte des groupes de malades ayant eu un pneumothorax, ayant été placés en sanatorium, etc...

Le dépouillement minutieux de toutes nos fiches nous a amenés à considérer que ce qui importe, c'est moins l'acte thérapeutique, que l'opportunité avec laquelle il a été décidé, et plus encore la rapidité avec laquelle il a été exécuté.

Mais de cela aucune statistique ne peut véritablement rendre compte, en l'état actuel des choses.

CHAPITRE V

ETUDE COMPARATIVE DU PRONOSTIC DE LA TUBERCULOSE.

Nous avons essayé, en dehors de notre champ d'expérience, de nous faire une opinion sur le pronostic de la tuberculose et les possibilités de réintégration sociale du tuberculeux; malheureusement, il nous a manqué des termes de comparaison. Il est paru de nombreuses publications sur la question de la réintégration sociale des tuberculeux, mais tous les auteurs ont employé des classifications différentes et il est difficile de se faire une opinion certaine. Toutefois les quelques statistiques que nous apportons ici permettent de dresser quelques déductions probables.

CLASSE AISÉE.

Malgré tous nos efforts, il nous a été impossible d'avoir une idée, même très vague, du pourcentage de malades récupérables. Il est cependant certain que, si la situation sociale le métier occupé ultérieurement, ont une influence qui n'est pas niable sur la morbidité tuberculeuse, cette influence est de tout premier plan lorsque le tuberculeux sort stabilisé du sanatorium.

LE CLERGÉ.

Nous ne saurions trop louer l'admirable effort et les beaux résultats obtenus au sanatorium de Thorenc, dans les Alpes-Maritimes : la statistique de récupération lointaine étudiée dans la thèse de TERREL est certainement une des meilleures qui aient été publiées.

Nous nous apercevons en effet que le clergé récupère 71,8 % des membres qu'il envoie (pourcentage calculé sur des résultats durables allant de un à six ans). Pour 58 %, le mot de récupération signifierait strictement : reprise d'un travail normal.

Mais il y a lieu de remarquer que les deux tiers des

malades envoyés à Thorenc sont des séminaristes et des *jeunes* qui sont facilement disciplinables et dont le travail, à leur sortie du sanatorium, sera infiniment moins pénible que pour la moyenne des assurés sociaux, par exemple.

SANATORIUM DES CHEMINOTS.

Dans une thèse datant de 1932, RAKOWER estime que chez :

108 malades traités pour une tuberculose fibro caseuse unilatérale, après une période allant de trois à dix ans depuis la création du pneumotorax, il y a :

59,3 % de malades qui ont une capacité de travail totale.

12 % de malades qui ont une capacité de travail partielle ou perdue.

28,7 % de décédés.

Chez 62 malades de la même catégorie, qui ont refusé l'intervention (32) ou chez lesquels le pneumotorax s'est montré irréalisable (30) on note dans le même laps de temps :

19,3 % de capacité de travail totale.

27,4 % de capacité de travail partielle ou perdue.

52,2 % de décédés.

Le même auteur note :

78,3 % de capacité de travail totale dans les pneumothorax complets.

36,6 % dans les pneumothorax partiels.

Il remarque que les métiers pénibles compromettent d'une façon notable les guérisons dûes au pneumothorax.

CHEZ LES FONCTIONNAIRES.

Chez les postiers et chez les instituteurs nous pourrions faire de plus utiles constatations, car ils bénéficient d'un congé de longue durée et sont gens facilement suivis. Mais là encore les statistiques étalent leurs résultats sur un trop grand nombre d'années. Nous nous expliquons : il ne nous a pas été possible de savoir cinq ans après le début apparent de leur maladie ce qu'étaient devenus ces fonctionnaires, nous citerons seulement une intéressante statistique que nous devons à l'amabilité du docteur BERTHELON, médecin directeur du Sanatorium des instituteurs :

Sur 105 malades sortis du sanatorium ayant fait une cure suffisante, et quelle que soit la gravité de leur atteinte pulmonaire :

34, soit 32,38 %, ont obtenu un très bon résultat.

37, soit 35,23 %, ont obtenu un bon résultat.

7, soit 6,66 %, ont obtenu un assez bon résultat.

27, soit 25,71 %, ont obtenu un médiocre ou nul résultat.

71 malades ont donc été guéris ou très améliorés, soit 67,61 %.

Sur les 1.965 malades qui ont quitté le sanatorium au cours des 17 dernières années (1918-1935) :

583 étaient guéris.

735 très améliorés.

292 améliorés.

355 stationnaires ou aggravés.

Chez les malades guéris, le résultat s'est maintenu tel qu'à la sortie dans 97,76 % des cas; chez les très améliorés, dans 72,38 %; chez les améliorés, dans 40,31 %, et enfin, pour les derniers, dans 27,60 % des cas seulement. Tous les malades de ce dernier cas soignés avant 1928 au Sanat, sont actuellement disparus.

Sur 685 instituteurs et institutrices ayant séjourné au Sanat pendant cette période, 285 existent encore. Ainsi 41,60 % de ces anciens tuberculeux dont les premiers étaient en traitement il y a plus de 30 ans et les derniers il y a 22 ans, étaient et demeurent guéris.

Des 1.965 malades sortis ces dix-sept dernières années, guéris ou très améliorés, et qui étaient au nombre de 1.318 : 1.067 sont toujours bien portants et exercent pour la plupart leur profession, quelques-uns ayant pris une retraite anticipée. 80,95 % d'entre eux ont gardé le bénéfice de leur cure sanatoriale.

SANATORIUM MICHELIN.

Sur 100 malades sortis depuis cinq ans du Sanatorium Michelin à Chanat-la-Mouteyre, M. le docteur STIASSNIE estime que l'on trouve :

24,5 % de décédés,

7,8 % de gens ne travaillant pas,

67,6 % de gens travaillant normalement et vivant de leur salaire.

Il y a lieu de faire remarquer que les malades de chez Michelin sont dans un milieu particulièrement favorable pour être dépistés précocement, envoyés tout de suite en sanat. Ils

peuvent être récupérés socialement avec beaucoup plus de facilité que les assurés sociaux, par exemple, qui appartiennent à tous les métiers et à toutes les industries. Le malade de chez Michelin vit, travaille, se soigne et se réadapte dans un organisme dans lequel l'usine, le dispensaire, la maison familiale et le sanatorium sont en relation constante et suivie.

Toutes ces statistiques semblent, en définitive, assez favorables, mais elles s'adressent à des catégories de population, ou à des groupements professionnels particulièrement favorisés et pour lesquels la reprise du travail peut se faire dans des conditions particulièrement avantageuses.

Il n'en est plus de même lorsque l'on s'adresse au « tout venant ».

Les sanatoriums populaires, sauf le travail déjà un peu ancien d'URBAIN GUINARD, n'ont pas établi de statistiques importantes. Ceci provient sans doute de ce que, dans la très grande majorité des cas, il est impossible de retrouver les malades sortis et de savoir ce qu'ils sont devenus.

Par contre, les organismes d'Assurances sociales ont établi quelques statistiques fort intéressantes.

C'est ainsi que GODART et SOUTILLE ont montré en 1936, combien le pronostic de la tuberculose est sombre chez les assurés sociaux de la région parisienne.

Ayant suivi 1.751 tuberculeux pulmonaires invalides des Assurances sociales, ils constatent après un recul qui va de quatorze mois à trois ans et huit mois :

Chez les hommes

Décédés : 25,45 %.

En cours de traitement : 59,40 %.

Sont aggravés : 27,70.

Et améliorés ou stationnaires : 31,70.

Travail repris : 15,15 %.

Chez les femmes

Décédées : 19,60 %.

En cours de traitement : 62,40 %.

Sont aggravées : 28,35 %.

Et améliorées ou stationnaires : 34,05 %.

Travail repris : 18 %.

LESAFFRE dans le *Médecin Conseil* de janvier 1939 présente une statistique portant 1.172 invalides tuberculeux

de la région parisienne uniformément suivis pendant cinq ans.

Au bout de ce délai, il constate que :

43,34 % sont décédés.

15,95 % guéris ou stabilisés avec cessation de pension.

30,79 % sont des grands invalides, dont 2,64 subviennent cependant à leurs besoins.

9,89 % sont améliorés sensiblement, dont 4,77 gagnent leur vie.

Tels sont les documents que nous avons voulu présenter afin d'établir une utile comparaison avec la statistique établie dans le dispensaire du V^e arrondissement.

Une première constatation : notre statistique est la plus pessimiste de toutes celles présentées.

A cela deux raisons essentielles, semble-t-il. La première, c'est que notre statistique porte sur un recul uniforme de 10 ans, ce qui, à notre connaissance, n'a pas été fait. Or, nous constatons que si la mortalité est très importante dans les premières années, elle n'en continue pas moins ultérieurement.

La seconde, c'est que nous nous sommes vraiment adressés à une population qui comprenait peut-être des malades relativement aisés, sans doute une majorité de sujets de la classe des assurés sociaux, mais aussi des gens très pauvres et d'une classe inférieure même aux assurés sociaux.

Cette considération nous conduit tout naturellement à notre deuxième constatation, à savoir que plus le niveau social est élevé ou, mieux, plus les possibilités de réintégration sociale sont faciles (clergé, fonctionnaires) plus le pronostic de la tuberculose est favorable.

Mais il nous faut avouer que si l'on s'adresse à la population ouvrière et aux couches les plus pauvres de la société, les constatations faites sont assez décevantes.

CHAPITRE VI

L'AVENIR DE LA LUTTE ANTI-TUBERCULOSE.

Nous venons de voir quelle était l'activité d'un dispensaire anti-tuberculeux dans le cœur de Paris. Nous devons nous incliner devant les résultats positifs qui ont été obtenus, tant au point de vue dépistage, que du point de vue traitement et résultats à longue échéance.

Mais ce que le dispensaire a accompli, au prix parfois d'efforts surhumains n'est qu'un grain de sable dans le désert de la thérapeutique anti-tuberculeuse.

En effet, si l'on veut passer en revue toutes les tentatives thérapeutiques, tous les vaccins, tous les sérums, tous les essais diététiques, tous les essais sanatoriaux, nous devons, sinon avouer que nous nous trouvons devant une série d'échecs, du moins reconnaître que les succès ne sont pas venus couronner comme il se devrait une telle succession de tentatives hardies et généralement onéreuses.

La France est tard venue à la doctrine sanatoriale. On lui a reproché ce retard.

Le sanatorium, de nos jours, n'est plus dans certains pays que ce que nous pouvons appeler le centre thérapeutique *adjuvant* d'un traitement collapsothérapie actif de la tuberculose pulmonaire, c'est-à-dire un centre dans lequel cette collapsothérapie peut être appliquée dans les meilleures conditions d'hygiène, de climat, d'alimentation et être suivie des meilleures conditions possibles de convalescence.

Comme l'a admirablement défini Léon KINDBERG, « Concours Médical 16-2-38 » « c'est la collapsothérapie qui, aujourd'hui domine le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, et c'est en fonction de la collapsothérapie que nous devons organiser tous nos efforts ».

Il semble qu'aucune objection ne soit plus désormais faite à une telle opinion. C'est avec un tel objectif que doit donc être organisée la lutte anti-tuberculeuse, si l'on veut qu'elle porte ses fruits. Comment donc est-il possible de pratiquer cette prophylaxie, comment pouvons-nous envisager, dans le cadre du dispensaire, d'amener le plus grand nombre

possible de malades à cette thérapeutique, dans des conditions qui rendent cette collapsothérapie efficace, et souvent même possible?

L'organisation de la lutte directe est faite de divers éléments, qui sont, semble-t-il, assez difficilement rassemblés :

a) Le dépistage ne doit pas se borner à attendre au dispensaire les malades qui sont désireux de s'y présenter, soit que leur état de santé les inquiète, soit que leur médecin traitant ait bien voulu leur conseiller de chercher à obtenir du dispensaire un examen radiologique à bon compte, et une confirmation réelle d'un état pathologique suspecté.

Par ailleurs, rabattre sur le dispensaire des suspects, prélevés dans tous les milieux, ne sera que d'une médiocre utilité. Car il s'agit alors là d'un racolage qui menace d'amener à des consultations déjà surchargées des simples cracheurs, tousseurs, emphysémateux, sans profit pour eux ni pour la lutte anti-tuberculeuse.

b) Le malade une fois dépisté, une triple politique s'impose.

1° Dans tous les cas où le fait est possible, obtenir dans les plus brefs délais, un isolement du cracheur de bacilles, soit à l'hôpital, soit en milieu familial, sous la surveillance du dispensaire;

2° Assurer le placement en préventorium ou en sanatorium *dans les plus brefs délais possibles*, avec un minimum de formalités administratives; ce que nous ne sommes peut-être, hélas! pas près d'obtenir; mais ce vers quoi, d'ores et déjà, nous pourrions nous rapprocher par une meilleure liaison entre les divers organismes s'occupant de défense anti-tuberculeuse;

3° Instaurer, dans tous les cas où cela est possible, un traitement précoce, ambulatoire si nécessaire, permettant d'attendre l'époque du placement.

En ce qui concerne tout particulièrement la question du placement, un grand pas en avant a été fait depuis l'apparition de la loi sur les assurances sociales.

En effet, les assurances sociales ont apporté aux tuberculeux et aux suspects de tuberculose la possibilité *de se réfugier en préventoria et en sanatoria*, c'est-à-dire de permettre à une catégorie sociale peu favorisée de recevoir des soins qui jusqu'à l'apparition de cette loi étaient réservés à un minimum d'individus dans la nation. La législation sur les assu-

rances sociales a abouti à augmenter très sensiblement le nombre des placements. Elle n'a pas résolu le problème de la réintégration sociale des malades.

Car tous les éléments que nous venons d'énumérer ne sont encore que des palliatifs devant la tuberculose. Ni le dépistage précoce, ni l'isolement quasi immédiat, ni le placement hâtif, ni une collapsothérapie pratiquée en temps voulu ne suffisent à faire reculer la tuberculose.

En effet, on ne peut pas affirmer que la cure sanatoriale soit, dans la majorité des cas, ce qu'elle devrait être. Un élément considérable vient entraver l'œuvre tentée : le problème du repos moral. En effet, dans la majorité des cas, le malade envoyé en sanatorium ne dispose d'aucune fortune personnelle, d'aucune économie permettant de « voir venir ». La cure constitue pour lui un « chômage obligatoire thérapeutique ». Il se trouve alors dans les mêmes conditions psychologiques que son camarade industriel et commercial, aggravé par l'éloignement des siens.

Si l'on veut bien comparer le sort de ces assurés sociaux aux fonctionnaires, par exemple, qui, mis en congé de traitement de longue durée, sont assurés de trouver à leur sortie du sanatorium leur place conservée à leur intention, on se rendra compte de la situation morale de tels malades isolés à la montagne. Ils conçoivent en effet qu'ayant quitté, par force, un poste qui leur permettait de faire vivre leur famille, alors qu'ils étaient encore *relativement* bien portants, ils devront chercher du travail alors qu'ils reviendront guéris, mais, certainement, amoindris dans leurs facultés physiques, et quelquefois astreints à embrasser une autre profession que celle qui a été leur gagne-pain, à « changer leur fusil d'épaule », à refaire leur vie.

Si nous voulons exprimer toute notre pensée, nous pourrions dire que pour qu'une lutte antituberculeuse soit organisée sur des bases rationnelles, elle devrait être, évidemment, centrée sur le dispensaire antituberculeux, mais prolongée en deçà du dispensaire et au delà du sanatorium, par des rouages souples qui lui permettraient de donner son plein effet.

La lutte antituberculeuse devrait, par conséquent, réaliser pour être parfaite, ce qu'on pourrait appeler, s'inspirant de la terminologie industrielle : « *Un cycle complet de réadaptation sociale* ».

Quelle doit être l'activité en deçà du dispensaire?

Comme il est absolument évident que le dépistage tel qu'il est conçu et pratiqué, et même tel qu'il pourrait être amélioré n'aboutirait pas cependant à une solution satisfaisante, il n'existe pratiquement pas d'autre solution rationnelle, efficace, sûre, et même dirions-nous économique, dans son essence et dans ses aboutissements, que les examens systématiques des collectivités.

Et nous entendons par là aussi bien les cuti-réactions en série dans les écoles, les groupes usiniers, les étudiants, ainsi qu'on le tente actuellement sur une échelle bien timide, mais avec cependant des résultats positifs encourageants, que les examens radiologiques en série, ou les méthodes photographiques telles qu'elles sont appliquées en Argentine par le professeur d'ABREU.

Ces examens devraient être pratiqués :

- a) Aux âges où la tuberculose est la plus menaçante;
- b) Dans des collectivités facilement contrôlables.

Il est, par conséquent, évident que, sur le plan de l'organisation de la médecine sociale, de tels examens nécessitent une augmentation du cadre des médecins-inspecteurs des écoles en leur donnant conjointement à cette augmentation en nombre des possibilités d'examen qu'ils ne possèdent actuellement pas.

L'enseignement est chez nous obligatoire. Pratiquement, on peut estimer à 80 % de la population infantine de notre pays ceux qui suivent régulièrement les cours d'un établissement d'enseignement. C'est donc une notable partie de la population à venir de la France qui pourrait être ainsi examinée, aussi bien dans les classes ouvrières que dans les classes plus aisées, à condition qu'on consentît à étendre aux institutions privées et aux lycées une mesure prophylactique d'intérêt national.

On pourrait également prévoir que tout contrat d'apprentissage devrait être précédé d'un examen radioscopique ou radiographique, pratiqué dans des Centres hospitaliers ou dans des Dispensaires, la fiche ainsi obtenue devant être transcrite sur le Carnet de Santé qui vient d'être créé.

Mais ces mesures, qui sont très utiles chez les enfants d'âge scolaire deviennent absolument indispensables quelques années plus tard, et ceci s'entend en particulier en ce qui concerne les élèves des lycées, qui semblent actuellement ressortir

plus aux soins éventuels d'infirmes rudimentaires qu'à des examens systématiques sérieux d'un médecin compétent.

En ce qui concerne l'armée, il semble qu'aucune critique ne puisse être apportée aux méthodes actuellement mises en œuvre. Sous l'impulsion du Médecin général SIEUR, on pratique, en effet, l'examen radiologique systématique des jeunes recrues. Le dépistage est donc assuré à la base, et dans les meilleures conditions possibles, en ce qui concerne les hommes retenus comme bons pour le service armé, lors de leur incorporation.

Il semble toutefois que ces hommes, une fois rejetés de l'armée, ne soient pas toujours mis entre les mains, comme il se devrait, des services civils qui ont la charge de la lutte antituberculeuse. Une telle lacune pourrait être comblée.

Mais ceci s'explique assez bien. Car une telle visite d'incorporation n'est pas dirigée intégralement dans un but de prophylaxie sociale, mais dans un but de sélection militaire. Une raison majeure issue des lois sur les pensions militaires, incite l'administration militaire à refuser tous les tuberculeux ou suspects de tuberculose, parce que, si ces hommes sont atteints de lésions au cours de leur service, l'administration obligera la collectivité à leur verser une pension, en vertu de la présomption d'imputabilité.

En ce qui concerne les assurés sociaux, la loi a prévu la possibilité d'organiser, surtout chez les nouveaux immatriculés, des examens périodiques de santé. Comme l'a très bien fait remarquer le D^r Etienne BERNARD dans différentes communications, et particulièrement à la Société de Médecine de Paris, la lutte antituberculeuse progresserait considérablement le jour où de tels examens seraient pratiqués systématiquement sur les jeunes assurés sociaux, et particulièrement sur deux catégories un peu spéciales :

Les assurés en provenance de la province, et résidant depuis peu à Paris (domestiques d'origine bretonne, etc...) ;

Les femmes enceintes assurées sociales, pour lesquelles il n'a à peu près rien été prévu sur le plan radiographique dans les consultations prénatales.

Tels sont les progrès qui pourraient être réalisés dans le plan du dépistage précoce. Mais une autre série de problèmes se pose. Car le stade sanatorial étant franchi, le tuberculeux étant parvenu aux meilleures conditions physiques possibles,

il devient indispensable de ne pas l'abandonner à son sort, et aux difficultés sociales auxquelles il va se heurter.

Le malade sorti de sanatorium n'est cependant pas redevenu une individualité sociale normale. Il peut appartenir à l'une des deux catégories ci-après :

a) Il est guéri, mais reste un être fragile;

b) C'est un chronique, cracheur de bacilles intermittent, et par conséquent, incapable d'un travail suivi, normal, régulier.

Avant d'envisager un réentraînement à l'effort ou la rééducation du convalescent dans un nouveau métier, il y a lieu de considérer avant tout le sanatorium non seulement comme un centre d'isolement, de thérapeutique et de repos, mais comme un foyer où le tuberculeux n'apprendra pas seulement à ne rien faire.

Le tuberculeux en sanatorium doit être *intellectuellement préparé à sa nouvelle existence*. Comme on devra chercher avant tout à le replacer dans son ancien métier si celui-ci ne lui est pas physiquement prohibé, on devra tenter, afin de ne pas le laisser alors concurrencé par des hommes physiquement supérieurs à lui sur le marché du travail, de lui donner les possibilités de se perfectionner et de se surclasser, pour qu'il puisse plus facilement trouver à s'employer.

Quant aux malades sortis de sanatorium que leur condition physique empêche de reprendre leur ancien métier, il y aurait lieu d'envisager pour eux la création d'œuvres post-sanatoriales de rééducation.

Pour organiser de telles œuvres, il est indispensable d'utiliser au mieux les expériences anciennes pour ne pas retomber dans les mêmes erreurs. Avant d'entreprendre sur le plan national la réalisation d'œuvres de rééducation post-sanatoriales, il est absolument indispensable, comme l'a fait remarquer très judicieusement BACHMANN, rapporteur de cette question au prochain Congrès de l'Union Internationale contre la Tuberculose, de :

1° Créer une statistique internationale avec des éléments témoins comparables et une unification de la nomenclature;

2° Posséder au moins dans chaque pays deux sanatoriums où des statistiques seraient établies en se servant de la nomenclature adoptée.

En effet, dès que l'on essaie de comparer les résultats d'une thérapeutique ou d'une cure sanatoriale d'un pays à

l'autre, ou même à l'intérieur d'un pays, on se heurte à ce fait qu'aucun élément commun de comparaison n'a été adopté aussi bien quand on parle de forme de tuberculose, que lorsque l'on parle de la capacité de travail du malade.

La plupart des statistiques sanatoriales, comme nous l'avons vu au chapitre V de cette thèse, donnent des renseignements sur l'avenir des tuberculeux sortis des établissements de cure.

Mais il n'est généralement tenu compte ni de la situation sociale du malade, ni de son âge, qui sont pourtant les deux éléments primordiaux déterminant en grande partie ses chances de guérison et de reclassement social. Si l'on essaie de comparer les statistiques étrangères entre elles, et celles-ci avec les statistiques publiées en France, un tel rapprochement devient impossible.

À ce propos, il serait particulièrement important que le cadre des médecins des assurances sociales en liaison avec les médecins des dispensaires, soit appelé à étudier un certain nombre de points de repère définis, qui puissent jalonner les étapes franchies par les assurés sociaux, entre la période de dépistage et leur reclassement social. Il serait en effet logique de subordonner tout ce qui pourrait être entrepris pour d'autres malades au cadre habituel de l'évolution de la maladie chez les assurés sociaux, ceux-ci représentant la très grosse majorité des malades de sanatorium destinés à être reclassés socialement.

L'œuvre post-sanatoriale, toutefois, ne s'applique surtout qu'aux célibataires. Notre esprit français, en effet, conçoit difficilement qu'un rouage administratif, si bien organisé soit-il, et quels que soient ses buts humanitaires, maintienne au delà des stades thérapeutiques un être marié, éloigné de son foyer et de sa famille.

Pour les chroniques incapables pratiquement de travailler et qui peuvent se diviser aussi en deux catégories, — les célibataires et les gens mariés, ou ayant une famille à leur charge —, la question se pose avec une acuité toute particulière.

Un certain nombre de ces chroniques ne pourront jamais reprendre une vie sociale active. Et nous sommes tout à fait de l'avis du D^r GODARD, quand il propose d'utiliser des hôpitaux-hospices communaux ou cantonaux, qui ont généralement peu de malades, pour accueillir ces chroniques.

En effet, les collectivités y trouveraient leur compte, car le prix moyen de journée de ces hospices est de l'ordre de *frs.* 20, alors que le prix de journée de sanatorium dépasse actuellement *frs.* 40. En faisant sortir plus rapidement ces malades des sanatoriums, on pourrait, d'une façon notable, activer la rapidité de placement des malades actuellement en instance.

Pour les chroniques ayant une famille, il existe une œuvre insuffisamment développée, mais très intéressante : c'est le Logement-Sanatorium.

« Si le malade est en sanatorium, écrit le D^r GODARD, la Caisse d'assurances sociales versera près de 30 francs par jour, le complément du prix de journée étant assuré par l'Assistance médicale gratuite. Ainsi un tuberculeux coûtera 15.000 francs par an aux collectivités, non compris son demi-salaire réduit ou sa pension d'invalidité... Par contre, si le malade est admis dans un logement-sanatorium, il touchera son demi-salaire complet ou sa pension d'invalidité, dont le taux atteint 3 à 400 francs par mois. »

Pour que le système du logement-sanatorium puisse être développé et que le malade qui y habitera puisse équilibrer son budget, il faudrait que ce logement soit assimilé à un établissement de cure. Les tuberculeux chroniques qui y vivraient pourraient, sous la surveillance d'infirmières de dispensaires et de médecins, vivre dans des conditions économiques assez bonnes, en travaillant à domicile. Les Caisses d'invalidité qui les prendraient en charge auraient encore intérêt à payer leur loyer.

Or, si nous venons là de passer en revue tout ce que la Médecine peut faire, et tout ce qu'elle peut appuyer de ses conseils et de ses efforts sur le plan médico-social, il nous faut avouer que la Médecine seule ne peut pas tout, même aidée au mieux par les Pouvoirs publics.

Malgré un diagnostic précoce, même avec un dépistage plus intense et dont la qualité pourrait être améliorée, même avec des placements plus rapides et une organisation post-sanatoriale effective, en raison de nos moyens limités dans le domaine de la thérapeutique, le problème de la lutte contre la tuberculose demeure avant tout un problème d'ordre social.

Comme l'ont montré FISCHER et ARNOULD, dont les travaux viennent d'être couronnés par le prix Léon BERNARD, le tuberculeux est avant tout un être qui est conditionné par le milieu dans lequel il vit.

GRANCHER, il y a déjà plusieurs lustres, avait suggéré et fait accepter par l'Académie de Médecine, de n'envisager « par opportunisme » que les mesures réalisables en s'attaquant « à la cause la plus simple et la plus tangible de la maladie, le bacille ». Tout le reste, comme le dit ARNOULD, en le citant, sera momentanément « écarté » ou « passé sous silence », car il s'agit ici « de causes inhérentes à notre civilisation et dont il serait peu raisonnable de réclamer la réforme rapide ».

Dès lors, conclut ARNOULD, cette solution de facilité qui ne fut que trop bien accueillie « entraîna à ne prendre plus aucun souci; de ce qui n'était pas le bacille dans la genèse de la tuberculose ».

De nombreux auteurs depuis le commencement du siècle ont montré l'importance de la pauvreté ou de l'aisance dans la morbidité et la mortalité tuberculeuses. C'est ainsi, par exemple, que les taudis ne constituent que des *cribles à gens riches*. Si la mortalité par tuberculose est plus fréquente dans les îlots insalubres, ce n'est pas parce que le taudis engendre la tuberculose. C'est parce que taudis et tuberculose sont deux des conséquences d'un même état social qui est l'indigence. Car la répartition de ces îlots insalubres n'est pas déterminée par le hasard. A PARIS, par exemple, on les retrouve tous à l'Est, c'est-à-dire dans les quartiers les plus vieux et les plus pauvres, comme si la civilisation et la vie se déplaçaient vers l'ouest, phénomène constaté dans presque toutes les capitales du globe, à l'exception de celles qui ont été constituées assez récemment par un conglomerat de petites villes.

Le tuberculeux est un être qui naît, vit, travaille, tombe malade, et se soigne dans un milieu qui le conditionne. Il est parfaitement certain que la lutte antituberculeuse n'aura pas progressé d'un pas tant que l'on n'aura pas cherché à étudier les réactions de ce milieu sur le tuberculeux, tant que l'on n'aura pas voulu connaître l'interpénétration morale et physique que réalisent le complexe « misère-tuberculose », le complexe « privations-tuberculose », le complexe « vie sociale et endémie tuberculeuse ».

Nous pouvons dire, en définitive, que la meilleure politique antituberculeuse serait celle qui consisterait à considérer *la défense contre la tuberculose, comme une question purement sociale* qui viserait à améliorer les conditions d'existence des économiquement faibles.

CONCLUSIONS

I. — Le dépouillement des fiches du dispensaire du V^{me} arrondissement de Paris, montre que les 3/4 environ des tuberculeux pulmonaires bacillaires, nouvellement diagnostiqués en (1927-1928) meurent dans une période de dix ans; ces décès survenant surtout dans les trois années qui ont suivi le dépistage.

II. — L'intensité du dépistage considérée comme le rapport entre le nombre des tuberculeux décédés connus par ce dispensaire et celui des tuberculeux décédés dans l'année et signalés par l'état-civil, s'est améliorée et est passée de 37,8 % en 1928 à 48,4 % en 1938.

III. — L'âge moyen des nouveaux malades, cracheurs de bacilles, inscrits au dispensaire, est passé de 29 ans 1/2 en (1927-1928) à 36 ans en (1937-1938).

La qualité des malades dépistés semble aussi s'être améliorée pendant cette période décennale; alors que 25,5 % des malades bacillaires suivis étaient décédés au cours de l'année 1928, le pourcentage de ces décès a été de 15,6 % seulement au cours de l'année 1938.

IV. — Les principales remarques que l'on peut formuler sur les difficultés du fonctionnement actuel de l'organisation antituberculeuse dans la région parisienne sont :

1) Multiplicité des œuvres antituberculeuses et leur insuffisance de liaison.

2) Dans la lutte contre la tuberculose, il semble qu'on n'attache pas encore une importance suffisante aux facteurs économiques déterminant la maladie.

3) Absence d'un plan coordonné de lutte antituberculeuse dans lequel les pouvoirs publics pourraient montrer la voie d'une politique sanitaire nationale.

4) Dans l'état actuel de notre structure économique et de notre législation qui la consacre, étant donné les moyens thérapeutiques employés, la qualité et l'intensité améliorées du dépistage, la lutte antituberculeuse ne doit pas se borner à isoler et à soigner le tuberculeux.

Pour être plus efficace, la lutte antituberculeuse doit s'étendre en deçà du dispensaire et au delà du sanatorium :

1) En deçà du dispensaire :

En pratiquant des examens systématiques de collectivités plus ou moins facilement contrôlables, aux âges où la tuberculose semble particulièrement menaçante pour les individus qui les composent :

- a) A l'école;
- b) Chez les apprentis;
- c) Au lycée et parmi les étudiants;
- d) Au service militaire;
- e) Chez les assurés sociaux jeunes.

2) Au delà du sanatorium :

En organisant sur une base nationale et en tenant compte des expériences anciennes, l'assistance post-sanatoriale, considérée comme la remise en valeur sociale du malade que l'on a trop obligé jusqu'ici à tenir la cure en sanatorium pour un chômage thérapeutique.

VI. — Le tuberculeux est un être qui naît, vit, travaille, tombe malade et se soigne dans un milieu qui le conditionne; tout programme de lutte antituberculeuse doit donc tenir compte non seulement des moyens propres à limiter la contamination, mais encore de ceux qui amélioreront la résistance individuelle à la maladie : l'élévation du niveau de vie des travailleurs apparaît en définitive, comme la mesure la plus propre à diminuer la morbidité et la mortalité de la tuberculose.

Vu: *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu: *Le Président*
de thèse.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLISON. — Compte rendu de la XXIII^e conférence annuelle de la *National' Association for the prevention of tuberculosis* (Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose, avril 1938).
- AMSLER. — La trop longue attente des départs en Sanatorium (Vers l'avenir, du 1^{er} nov. 1934).
- AMSLER et FEVRIER. — « Diminution de la mortalité tuberculeuse par l'action prophylactique des dispensaires ». (Revue de phthisiologie médico-sociale, n° 4, 1929.)
- AMEUILLE et CHEVALLEY. — Intérêt de la cuti-réaction systématique à l'école (Bulletin du Syndicat médical de la Seine, juin 1938).
- ARBOGAST. — Conseils pratiques donnés aux malades des sanatoriums populaires (Institut d'Assurances sociales de Strasbourg).
- ARNAUD J. — L'avenir des tuberculeux (Presse Médicale, du 12 octobre 1935).
L'organisation antituberculeuse américaine (Revue de la tuberculose, 1935).
- AURIACOMBE. — Réadaptation du tuberculeux au travail et assistance post-sanatoriale (Thèse de Paris, 1933).
- ARNOULD. — La fréquence de la tuberculose est indépendante de l'alcoolisme. (Revue de phthisiologie médico-sociale n° 4, 1932).
L'aspect social de la tuberculose (Bulletin de l'Union intern. contre la tuberculose, avril 1939.)
- BACHMANN. — Rapport au Congrès de l'Union internationale contre la tuberculose (Varsovie, 1934).
Rapport sur l'activité de la sous-commission chargée de l'étude des questions concernant la cure par le travail et l'assistance post-sanatoriale (pour le Congrès de Berlin, sept. 39).
- BAILLET. — Village sanatorium, sanatorium, hôpital-sanatorium (Presse médicale, n° 99, 1926).
- BELLIÈRE. — Dépistage, contrôle, traitement et prophylaxie de la tuberculose parmi le personnel infirmier et ouvrier de l'Assistance publique de Paris (Thèse de Paris, 1932).
- Etienne BERNARD et DREYFUS-SEE. — Lenteurs et difficultés des placements en stations de cure des tuberculeux adultes et enfants (Revue de la tuberculose, juillet 1936).
- Etienne BERNARD. — La tuberculose pulmonaire. Etude de phthisiologie clinique et sociale (Masson, 1 vol.).
La valeur des mesures de prophylaxie sociale antituberculeuse (Revue de phthisiologie médico-sociale, n° 1, 1935).
La lutte contre la tuberculose : les méfaits de la cure libre et de la cure individuelle surveillée (Bulletin ouvrier des assurances sociales, avril 1934).
La réadaptation au travail et l'assistance post-sanatoriale (Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose, n° 2, avril 1938).
Tuberculose et médecine sociale (Masson, 1938).
- Léon BERNARD. — Les sanatoria de convalescence.
- Léon BERNARD, BARON et VALTIS. — Statistique du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (Bulletin de l'Académie de médecine, n° 1, 1925).

- BERGERON A. — Ce que deviennent les tuberculeux de la région parisienne à leur sortie du sanatorium.
- Léon BERNARD, ROIX, BOCQUET. — Le tuberculeux après sa guérison par le pneumothorax artificiel (Presse médicale, 23 nov. 1932).
- BOCHETTI. — Orientation nouvelle de la campagne antituberculeuse (*Lotta contro la tubercolosi*. Compte rendu dans le Bulletin de (*Lotta contro la tubercolosi*. Compte rendu dans le Bulletin de l'Union internationale de son article de déc. 1936). F. Bezançon. Quelles indications peut-on tirer de la mortalité par tuberculose et plus spécialement de la morbidité tuberculeuse pour la formule de la lutte contre la maladie (Rap. présenté à la XXVI^e Assemblée générale de l'association suisse la tuberculose, à Olten, 25 nov. 1934). La notion de contagion de la tuberculose (Mouvement Sanitaire n° 132 avril 1935). Modalités particulières de la contagion de la tuberculose (Monde Médical, juin 1935).
- BERNABO SIORATA. — *Evoluzione delle previdenze antitubercolari; la rieducazione al lavoro dei tubercolosi* (Fronto unico antitubercol. gergno Torino 1935).
- BOURGEOIS. — L'organisation de la lutte antituberculeuse en U. R. S. S. (Revue de la tuberculose oct. 1937). La réadaptation au travail des tuberculeux pulmonaires (Bulletin du comité national de défense contre la tuberculose n° 2 avril, 1938).
- BLACK D.-G. — *Successful tuberculosis clinic work in industry* (Nation's Health, nov. 1937, Chicago).
- BEULAH W. BURHOE. — *The social adjustment of the tuberculosis* (Nat. tub. Ass. avril, 1934).
- BRIEGER. — *After care and rehabilitation* (British journal of tuberculosis, oct. 37. Rapport au Congrès de Lisbonne). *Zur krisen des Heilverfahrens bei tuberkulose* (Deutsche Medizinische wochenschrift, 2 juin 1933, p. 854, 56). L'aide après cure (after care) et la réadaptation des tuberculeux pulmonaires. (Bulletin de l'office international d'Hygiène publique, juillet 1938, p.1587, 1589). *After care settlements for the tuberculous.* (The journal of state Medicine, déc. 1933, p. 735, 741). Rapport sur la Cité Sanitaire de Clairvivre (résumé) (Bulletin de l'Union Intern. contre la tuberculose, juillet 1938).
- BOISSEL. — La Post-cure sanatoriale : quelques notes pour l'établissement d'un programme d'ensemble (Le Mouvement sanitaire, juillet 1938 p. 342, 53). La psychologie du tuberculeux dans ses rapports avec l'assistance (journal des Praticiens, 11 juin 1938).
- BRONKHORST. — *Clinical treatment and after care* (Tubercle, oct. 1936).
- BACKER JULIE. — La mortalité chez les tuberculeux pulmonaires (résumé dans le Bulletin de l'Union Internationale contre la tuberculose, juillet 1938).
- BURNET Étienne. — Vue d'ensemble sur la tuberculose (Revue d'hygiène et de médecine préventive, oct. 1933). La crise économique et la médecine, (Presse médicale, 2 fév. 1935). Médecine expérimentale et médecine sociale, (Revue d'hygiène et de médecine préventive, mai 1935).
- CAIOLA A. — Il lavoro nei sanatori (Idéa Sociale, oct. 1936).
- CIBRIE. — Le Médecin de France, Janv. 1935.
- COURCOUX. — L'avenir des tuberculeux (Revue de médecine sociale, déc. 36). La vie post-sanatoriale (Revue médico-sociale, fév. 37).

- COURTOIS. — Tuberculeux pulmonaire bacillaire à capacité de travail normale (Bruxelles médical, n° 12, 1935).
- COUVE. — Travail et tuberculose. L'Expérience de Camerlata (Presse médicale, 24-7-37).
- COSTANTINI GENNARO. — L'organisation de colonies post-sanatoriales dans le cadre de la lutte antituberculeuse (Bulletin de l'off. intern. d'hygiène publique, juillet 1938).
- COX-G. LISSANT. — Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans le Lancashire, (Bulletin de l'Union intern. contre la tuberculose, janv. 1939).
- LE CENTRE DE VION. — Une troublante expérience : L' A. R. S. M. (Reportage dans « Revivre », mars 1939).
- DARTIGUEPEYROU. — Pneumothorax artificiel et travail (Thèse Paris 1935).
- DAVIDSON. — La capacité de travail dans la tuberculose pulmonaire (Lancet, avril 1936).
- DEHIE et LELONG. — Sur la prophylaxie de la tuberculose (Le Monde médical, juin 1935).
- DERSCHEID. — Essai de réadaptation au travail des tuberculeux pulmonaires, (Bulletin de l'Union intern. contre la tuberculose, avril 1936).
- Mac DOUGALL. — *The arrested case of tuberculosis in the village settlement* (British journal Tub. vol. 29, 1935).
Nos campagnes antituberculeuses? Et ensuite? (Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose, juillet 1938).
- DECHIGI. — L'évolution du problème de la post-cure des tuberculeux Etudes critiques synthétiques avec observations personnelles, (Bulletin de l'office intern. d'hygiène publique, août 1935. Résumé de l'article paru en août et nov. de « *Lotta contro la tubercolosi* »).
- DUMAREST. — Rapport à la réunion des médecins de sanatoriums des Alpes françaises et du Jura. (Hauteville, 1937.)
La vie hygiénique du tuberculeux (G. Doin édit. Paris 1932).
- ELSTER. — Evaluation médico-légale de l'incapacité de travail des tuberculeux pulmonaires (Thèse Strasbourg, 1937).
- ENCONTRE. — Tuberculose et assurances sociales, (Gazette de la Santé publique, mai, 1935).
- EMERSON KENDALL. — Sanatoriums et hôpitaux de tuberculeux aux Etats-Unis, (résumé d'une enquête et le Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose, avri) 1937).
- FOIX Lucien et LOWIS. — Le moral des tuberculeux pulmonaires (Réunion d'Hauteville, 1937).
- FOUCHE Suzanne. — Rapports de la ligue pour l'adaptation au travail des diminués physiques.
- FISCHER. — Au sortir du sanatorium, la réadaptation sociale du tuberculeux constitue un problème délicat (Concours médical, 14-7-1935).
- FORESTIER. — La rééducation professionnelle du tuberculeux (Vers la Vie, oct. 1936-janv. 1937), (Vivre, 7 mars, 1937).
- FRANCKEN. — Le sort des tuberculeux après la cure sanatoriale (Contre la tuberculose, Berne, 29 fév. 1936).
- FABRE A. — La reprise de travail et l'avenir social des tuberculeux pulmonaires (Thèse, Doin, édit., Paris, 1938), et article de la Presse médicale, 28 septembre 1938.
- FISCHEL. — Aspect social de la tuberculose (Bulletin de l'Union Internationale contre la tuberculose, janv. 1939).
- FAUCONNET Ch. — Le mouvement des malades dans nos sanatoriums populaires au cours des dix dernières années (Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose, janv. 1937).
- FEDERATION NATIONALE DES BLESSES DES POUMONS ET CHIRUR-GICAUX. — Différents articles parus sur Clairvivre et l'avenir des tuberculeux dans « Vivre ».

- GUINARD L. — Rapport au Congrès de La Haye, 1932.
Rapports annuels sur les sanatoria de Bligny.
La pratique du sanatorium (Masson, 1925).
Occupation des tuberculeux et réadaptation au travail pendant la cure de sanatorium (Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose, juillet 1938).
Principaux éléments de lutte contre la tuberculose : dispensaires et sanatoriums (Bulletin de la Société des médecins de sanatoriums, juillet 1934).
- GUINARD U. — Avenir éloigné de la tuberculose pulmonaire chez 831 cracheurs de bacilles suivis au sanatorium de Bligny (Thèse de Paris, 1925).
- GODARD J. — Assurances sociales et lutte antituberculeuse (Thèse de Paris, 1930).
Pour une organisation antituberculeuse unique dans la région parisienne (Bulletin de documentation de l'Union des caisses d'assurances de la région parisienne).
Le problème du tuberculeux chronique (La Médecine sociale, mars 1938).
L'armement antituberculeux (Mouvement sanitaire, avril 39).
- GODARD et LAMY. — Les centres de santé (Mouvement sanitaire, avril 1939).
- GRIMALD, de LAGARDE et YUNG. — Rôle et intervention des Caisses d'assurances sociales dans la réalisation d'une politique sanitaire.
- GRANDE BRETAGNE. — *Ministry of Health*, circulaire n° 1.463, sur le traitement des adolescents tuberculeux (Bulletin de l'Office international d'hygiène publique, août 1935).
- GAUTRELET. — A propos de la reprise des anciens tuberculeux à l'usine (Revue de la tuberculose, avril 1939).
- HAZEMANN. — Economie sociale et tuberculose (Bulletin de documentation de l'Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne).
La post-cure des tuberculeux et les collaborations mises en œuvre (Mouvement sanitaire, fév. 34).
L'assistance post-sanatoriale en France (Revue d'hygiène et de médecine préventive).
- HAZEMANN et SELLIER. — Le centre de santé.
- HERSCH L. — L'inégalité devant la mort, d'après les statistiques de la ville de Paris (Sirey, 1920).
Pauvreté et mortalité selon les principales causes de décès, d'après les statistiques de la ville de Paris (*Roma-Instituto poligrafico dello stato*, 1932).
- HINCKS. — *The psychotherapy of rehabilitation of patients in tuberculosis hospitals* (*Americ Rev. of Tub.*, janv. 1938).
- HIS MAJESTY STATIONERY OFFICE. — Rapport annuel du médecin principal du ministère de l'Hygiène pour l'année 1935. Résumé dans (Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose, juillet 37).
- JULIEN L. — Les étapes du traitement de la tuberculose pulmonaire : Par le repos vers le travail (Vers l'Avenir, juillet 1937 et oct. 1937).
- KOLPENITZKI. — Le logement sanatorium (Thèse de Paris, 1936).
Son application dans le cadre des assurances sociales.
- KINDBERG L. — La collapsothérapie précoce (Concours médical, 16, II, 38).
- LEVY. — La tuberculose dans la classe ouvrière (Thèse, Nancy, 1928).
- Van LIER. — La cure de travail à Zonnestraal. Rapport au Comité national hollandais contre la tuberculose, 1937.
- LEVY G. — Rapport fait au nom de la Commission de l'hygiène de la Chambre des députés (J. O. Documents parlementaires, fascicule n° 23; 24, II, 1938).
- MATTEI. — Enquête sur l'admission des tuberculeux guéris aux fonctions publiques (Revue du Sanatorium des Etud. de France, 1936).

- MOINE M. — Actualité démographique dans la région parisienne (Revue d'hygiène, janv. 1934).
Rapport du Service de la statistique (1935), publié par le Comité national de défense contre la tuberculose.
- L'Étiologie de la tuberculose dans un cadre topographique restreint : la commune (Mouvement sanitaire, n° 152, déc. 1936).
Compte rendu de l'activité des dispensaires antituberculeux en 1937 (Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose, n° 1, janvier 1939).
- MEYER L. — Une formule nouvelle de travail des tuberculeux par la collaboration des assurances et de l'industrie (Bulletin de documentation de l'Union des caisses, n° 156).
- MARIN R., JUAN et TANNELL. — Aspect médico-social du problème de la tuberculose au Chili (*Boletín de la oficina Sanatoria panaméricana*). Résumé dans le Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose, avril 1938.
- PARODI F. — Le fonctionnement de l'école professionnelle du sanatorium de Camerlata (*Difesa Sociale*, 1935, n° 46).
- RIST. — La Tuberculose (Armand Colin, 1927).
L'admission des tuberculeux guéris aux fonctions publiques (Presse médicale, mai 1937).
- RIST et HIRSCHBERG. — Etude statistique sur l'efficacité du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (Paris médical, 7 janvier 1928).
Aspect économique et social du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris).
- RAKOWER J. — Le Pronostic des diverses formes anatomocliniques de la tuberculose pulmonaire et du pneumothorax thérapeutique (Thèse, Paris, 1932).
- SALLÉ. — L'avenir social des tuberculeux (Thèse, Bordeaux, 1934).
- SELLIER H. — Rapport sur le fonctionnement de l'O. P. H. S. de la Seine (Bulletin municipal officiel, Paris, jeudi, 10 janvier 1935).
- SINDING LARSEN. — La collapsothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Résumé dans (Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose, avril 1938).
- THIBAUT. — De la nécessité d'adapter l'armement antituberculeux à la conception actuelle de l'évolution de la tuberculose pulmonaire (Thèse, Paris, 1927).
- TERREL A. — L'armement antituberculeux du Clergé français (Thèse, Paris, 1935).
- TROTOT. — Suggestion sur la lutte antituberculeuse sociale (Vie médicale, juin 1933).
- SOUTILLE. — Etude statistique médico-sociale sur 2.000 bénéficiaires de l'Assurance-invalidité au service des cures et repos de la caisse départementale des Assurances sociales de Seine-et-Oise.
- VARRIER JONES SIR PENDRILL. — *The welfare of the tuberculosis citizen* (*The Journal of State Medicine* march, 1932).
A general survey of the tuberculosis problem (*Journal of State Medicine*, July 1935).
The economics of the tuberculosis problem (*Journal of State Medicine*, avril 1935).
Principes de l'assistance post-sanatoriale (Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose, janv. 1937).
- WARNERY M. — Réadaptation, rééducation des tuberculeux pulmonaires (Revue de la tuberculose, nov. 1938).

LA TECHNIQUE DU LIVRE
29 bis, rue du Moulin-Vert
— PARIS (XIV^e) —

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE ... Pathologie chirurgi-
cale.
BARIÉTY ... Pathologie médicale.
médicale.
BÉNARD (H.). Hydrologie.
BERNARD (Etienne). Pathologie
BESANÇON (Justin). Hydrologie.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD .. Histologie.
CATHALA .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
COSTE Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie.
FUNCK Pathologie médicale.
GALLIARD .. Parasitologie.
GASTINEL .. Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pa-
thologie chirurg.
GAYET Physiologie.
DE GENNES . Pathologie médicale.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU . Pathologie médicale.
HALPHEN .. Oto - rhino - laryngo-
logie.
HUGUENIN . Anatomie patholog.
JOANNON .. Hygiène.
LACOMME .. Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL Obstétrique.
LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE ... Pathologie expéri-
mentale.
LEVEUF Pathologie médicale.
M^{me} J. LÉVY. Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et
psychiâtrie.
MÉNÉGAUX . Pathologie chirurg.
MOLLARET . Pathologie médicale.
MOREAU ... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurg.
MOUQUIN .. Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie
chirurgicale.
PIÉDELIEVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SÈNÈQUE ... Pathologie chirurg.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH .. Pathologie chirurg.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ... Pathologie chirurg.
BUSQUET ... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.
GUÉNIOT ... Obstétrique.
HEITZ-BOYER Pathologie chirurg.

MM.

LARDENNOIS Pathologie chirurg.
LE LORIER .. Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
SCHWARTZ . Pathologie chirurg.
VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS
CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.
ALAJOUA		BASSET
NINE		BROCQ
AUBERTIN ..		CADENAT ...
BRULÉ		GATELLIER .
CHABROL ...		MOURE
DONZELOT ..	Clinique chirurgic.	QUENU
DUVOIR		VELTER
LIAN		
PASTEUR -		
VALLERY -		
RADOT ...		
SÉZARY		

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale
METZGER ..	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.